

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

JULIANA CHAVES COSTA

**O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO
DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

JULIANA CHAVES COSTA

**O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Juliana Chaves

O imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das
famílias no contexto da Atenção Primária / Juliana Chaves
Costa ; orientadora, Rosane Gonçalves Nitschke -
Florianópolis, SC, 2016.

150 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atividades Cotidianas. 3. Enfermagem
Familiar. 4. Promoção da Saúde . 5. Estratégia de Saúde da
Família. I. Gonçalves Nitschke, Rosane . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

JULIANA CHAVES COSTA

**O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de;

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 29/02/2016, atendendo às normas da legislação vigente
da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, cuidado em saúde e
enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Presidente



Dra. Profª Ivonete Teresinha
Schuster Buss Heideman
Membro



Adriana Dutra Tholl
Membro Externo



Dra. Profª Jussara Gue Martini
Membro

“O voo já nasce dentro dos pássaros.
O voo não pode ser ensinado.
Só pode ser encorajado.”
(Rubem Alves)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Elizeth e José Roberto, por sempre terem investido na minha educação, por apoiarem as minhas escolhas e me proporcionarem a concretização deste sonho. Ao meu companheiro e melhor amigo Cleverson Pinotti, por estar comigo desde o começo deste trabalho, por me dar força, por me dar conselhos e me ajudar em cada detalhe. Obrigada pela paciência de todos os dias e todas as noites, pelo carinho e pelo amor que sempre me acalma. Obrigada ainda por sempre estar ao meu lado, acreditar em mim e fazer os meus dias mais felizes. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela minha vida.

A minha família por sempre apoiar as minhas escolhas, pelo carinho e amor. Ao meu sobrinho Vinicius que todo dia me ensina algo com sua pureza e sabedoria de criança, ao meu irmão Roberto que, apesar de nossas diferenças, sempre me fez refletir sobre as sutilezas deste mundo.

Aos meus avôs Tereza, Ilson, Doracy e Armando (in memorian), por serem exemplos em minha vida. Obrigada pela educação e por me fazerem um ser humano melhor!

Aos meus sogros Arlete e Jair, por serem pessoas especiais que sempre estiveram ao meu lado.

A minha orientadora, mestre, Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke. Ser humano único que transparece paz por onde percorre. Obrigada por todos os ensinamentos, pelo acolhimento desde minha graduação, por sempre acreditar em mim, pela paciência, pelo carinho e todo exemplo que sempre seguirei.

Aos amigos e colegas da tribo do NUPEQUISFAM, pelo acolhimento de cada encontro, ensinamentos, apoio e união, em especial Samanta, Luizita, Daniela, Ana Maria, Ana Paula, Laura e as bolsistas que percorreram o projeto Ninho.

Aos professores, tutores e amigos da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família - UNIVALI, Itajaí, por me proporcionarem um ano de grande aprendizado e reflexão, com vocês eu pude acreditar e sonhar em um SUS melhor! Em especial, ao professor Marcão e professora Gladys, a minha preceptora Elaine, aos amigos Joane, Juliana e Laísa que passaram mais tempo comigo e compartilharam alguns destes momentos.

Ao grupo do Itajaí Ativo, por todos os momentos de aprendizado que vivi com vocês, aos que aceitaram participar desta pesquisa e ao professor Hamilton que facilitou minha entrada no campo.

Aos membros de minha banca, obrigada por todas as contribuições, Jussara Gue Martini, Ivonete Heidemann, Laura Cristina, Adriana Tholl e Luizita Henckemaier.

Aos colegas do mestrado, em especial às minhas amigas Camila e Aline, por compartilharem tantas ideias e experiências incríveis.

Aos professores do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da UFSC.

Ao Departamento de Enfermagem da UFSC por fazer parte da minha formação desde minha graduação e, agora, proporcionar mais uma formação nesta instituição.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

OBRIGADA A TODOS E A TODAS!

COSTA, Juliana Chaves. **O Imaginário da Promoção da Saúde no Quotidiano das Famílias no contexto da Atenção Primária.** 2016. p. 150. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde No Processo de Viver Humano e Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na atenção primária à saúde no município de Itajaí, Santa Catarina, sul do Brasil com o objetivo de compreender o imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias no contexto da atenção primária. Foram entrevistadas 19 pessoas que participam de um grupo de Promoção da Saúde no local do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2015, adotando-se entrevistas semiestruturadas grupais, com estratégia de oficinas. Os dados obtidos foram organizados com utilização do *software* Atlas.ti versão 6.1 e analisados à luz do referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli. Como resultado o imaginário da Promoção da Saúde é compreendido por alguns participantes como algo a ser alcançado pelas pessoas e se dá no cotidiano, porém essa busca remete ao reducionismo por trazer a mudança de comportamento e não expandir as questões de saúde para além do setor saúde e um estilo de vida, não reconhecendo os Determinantes Sociais da Saúde como fatores de mudança. Em contrapartida, outros participantes descrevem a vontade de se reunir e se manifestar em busca de seus direitos, enquanto cidadãos e usuários do SUS, mostrando o imaginário comunitário expresso na potência da ética da estética. A Promoção da Saúde da Família é apontada como um conjunto de ações e interações que se desenvolvem no ambiente intra e extra familiar, a partir das questões de saúde de seus membros e do que eles acreditam como fatores que possibilitam uma convivência mais saudável no seu dia a dia. Esse estudo apresenta a importância de focar os cinco campos de ação da Carta de Ottawa a partir da articulação com as equipes da Estratégia de

Saúde da Família, como a criação de ambientes favoráveis, o desenvolvimento das habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde e a criação de políticas públicas saudáveis para promovermos famílias com melhores condições de realizar escolhas sobre sua saúde.

Descritores: Atividades cotidianas, Enfermagem Familiar, Promoção da Saúde, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família.

COSTA. Juliana Chaves. **The Imaginary of Health Promotion in the everyday life of families in the context of Primary Care.** 2016. p. 150. Dissertation (Master of Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Advisor: Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Research Interests: Health Promotion In Process of Human Living and Nursing.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive and exploratory study, performed in the context of the primary health care in the city of Itajaí, Santa Catarina, southern Brazil with the objective to understand the imaginary of health promotion in the everyday life of families in the context of primary care. For this study, 19 people who participate in a health promotion group at the study site were interviewed. Data collection was conducted in the period of August to November 2015, adopting group semi-structured interviews, with workshops strategy. The data were organized using Atlas.ti software version 6.1 and analyzed based on the theoretical framework of Comprehensive Sociology and Lifestyle Michel Maffesoli. As a result the Health Promotion imagery is understood for part of the interviewed as something to be achieved by the people and occurs in daily life, but this search leads to reductionism to bring behavioral change and not expand health issues beyond the health sector and style of life, not recognizing the Social Determinants of Health as change factors. In contrast, other participants describe the desire to meet and manifest in pursuit of their rights as citizens and users of SUS, showing the community imaginary expressed in the power of aesthetic ethics. In other hand, the Promotion of Family Health is seen as a set of actions and interactions that are developed inside and outside of the family environment, originated from their members health issues and what they believe as factors that enable a healthier living in their daily lives. This study shows the importance of working the five action areas of the Ottawa Charter from the cooperation with the FHS teams, such as the creation of supportive environments, developing personal skills, strengthening community action, the reorientation of service health and

the creation of healthy public policies to promote families with a better position to make choices about their health.

Keywords: Activities of daily living, Family Nursing, Health Promotion, Primary Care, Family Health Strategy

COSTA. Juliana Chaves. **Lo Imaginario de la Promoción de la Salud en la vida cotidiana de las familias en el contexto de la Atención Primaria.** 2016. p. 150. Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Asesor: Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Investigación: Promoción de la Salud en el Proceso del Vivir Humano y Enfermería.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en el contexto de la atención primaria de salud en la ciudad de Itajaí, Santa Catarina, sur de Brasil con el fin de comprender lo imaginario de la promoción de la salud en la vida cotidiana de las familias en el contexto de la atención primaria. Se han entrevistado a 19 personas que participan en un grupo de promoción de la salud en el lugar de estudio. La recolección de datos se llevó a cabo en el período de agosto a noviembre, 2015, la adopción de entrevistas semiestructuradas grupos, con la estrategia de talleres. Los datos se organizaron utilizando el software Atlas.ti versión 6.1 y analizados basan en el marco teórico de la Integral de Sociología y Estilos de Vida Michel Maffesoli. Como resultado, lo imaginario de la promoción de la salud se entiende, por algunos participantes, como algo que debe ser alcanzado por el pueblo y se produce en la vida diaria, pero esta búsqueda lleva al reduccionismo para lograr un cambio de comportamiento y no ampliar los temas de salud más allá del sector de la salud y estilo de la vida, no reconocer los Determinantes Sociales de la Salud como factores de cambio. En contraste, otros participantes describen el deseo de reunirse y manifestarse en la búsqueda de sus derechos como ciudadanos y usuarios del SUS, que muestra el imaginario de la comunidad expresado en el poder de la ética estéticas. Ya la Promoción de la Salud de la Familia es visto como un conjunto de acciones e interacciones que se desarrollan en el ambiente interior y exterior de la familia, a partir de los problemas de salud de sus miembros y lo que creen que los factores que permiten a una vida más sana en su día a día. Este estudio muestra la importancia de trabajar las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa

de la cooperación con los equipos de la ESF, tales como la creación de entornos de apoyo, el desarrollo de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios la salud y la creación de políticas públicas saludables que promovemos las familias con una mejor posición para tomar decisiones sobre su salud.

Palabras clave: Actividades de la vida diaria, Enfermería Familiar, Promoción de la Salud, Atención Primaria, Estrategia Salud de la Familia.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AB – Atenção Básica
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária à Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
GAPEFAM – Grupo de Assistência a Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família
IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEI – Núcleo de Educação Infantil
NI – Notas de Interação
NM – Notas Metodológicas
NR – Notas Reflexivas
NT – Notas Teóricas
NUPEQUISFAM – SC – Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Saúde e Família de Santa Catarina
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE – Programa Saúde da Escola
PSF - Programa de Saúde da Família
SC - Santa Catarina
SEBRAE/SC - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Santa Catarina
SF – Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VD – Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do Imaginário da Promoção da Saúde.....	94
Figura 2 – Apresentação gráfica das subcategorias sobre A Promoção da Saúde no Quotidiano do SUS.....	99
Figura 3 – Representação gráfica do Imaginário da Promoção da Saúde da Família.....	116
Figura 4 - Representação gráfica do Imaginário da Promoção da Saúde no Quotidiano da Família.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos sobre a Promoção da Saúde Familiar incluídos na revisão integrativa.....	57
Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – País de origem da publicação dos artigos.....	60
Gráfico 2 – Tipos de estudo dos artigos analisados.....	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	31
2. OBJETIVO.....	40
3. O CONTEXTO HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	41
4. A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE.....	46
5. INTERFACES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	50
6. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	53
6.1. Manuscrito 1: A Enfermagem e a Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária: uma revisão integrativa.....	53
7. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	71
8. METODOLOGIA.....	77
8.1 Tipo de Estudo.....	77
8.2 Local do Estudo.....	78
8.3 Participantes da Pesquisa.....	81
8.4 Coleta de Dados.....	83
8.5 Registro dos Dados.....	85
8.6 Organização e Análise dos Dados.....	86
8.7 Aspectos Éticos.....	87
9. RESULTADOS.....	89
9.1. Manuscrito 2: O Imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias na Atenção Primária.....	90
9.2. Manuscrito 3: O Imaginário da Promoção da Saúde da Família: o olhar do familiar no cotidiano da atenção primária.....	111
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICE A.....	143
APÊNDICE B.....	144
ANEXO A.....	147
ANEXO B.....	150

1. INTRODUÇÃO

A reorganização da Atenção Primária (AP), termo utilizado internacionalmente para o que denominamos aqui no Brasil de Atenção Básica (AB), parte das mudanças paradigmáticas no que diz respeito à compreensão do que é saúde, provocadas por novas concepções e noções, caracterizando-se como um fenômeno abrangente, multidimensional, complexo e desafiador, envolvendo as questões que a cercam. Desta forma, a saúde passa a ser definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

A família como foco de cuidado da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma área a ser explorada nos estudos científicos brasileiros, e um desafio para o desenvolvimento das ações e cuidado para a Promoção da Saúde dos profissionais da área.

A ESF emergiu do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias e, no ano de 2006, consolidou-se enquanto estratégia prioritária com o objetivo de reorganizar a AB do Brasil, na lógica da vigilância à saúde e dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma compreensão de saúde centrada na promoção de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Ao final do ano de 2014, os dados do Ministério da Saúde (MS) mostraram que 5.463 municípios aderiram à ESF, nos quais foram implantadas 39.228 equipes de SF, com uma proporção de cobertura populacional estimada de 62,37% da população brasileira, o que representa 120.975.337 milhões de pessoas (BRASIL, 2015).

Foi na Declaração de Alma Ata, formulada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, que os cuidados primários à saúde são conceituados como essenciais à saúde das pessoas, famílias e comunidades, reafirmando-se a promoção e proteção da saúde como essenciais para o desenvolvimento social e econômico. Apontam-se, ainda, esses cuidados numa perspectiva universal levando ao espírito de autoconfiança e automediação. Tais cuidados também foram colocados como o primeiro nível de atenção à saúde, levados o mais próximo aonde as pessoas vivem, tornando parte integrante, tanto do sistema de saúde, quanto do desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2002).

Para responder à pluralidade das necessidades do setor da saúde, mais especificamente da AP, Silva, Silva e Bousso (2011) apontam que outro modelo de atenção à saúde com foco na família vem se delineando, de modo a proporcionar uma vida mais saudável no cotidiano das mesmas.

Embora a ESF possua clareza em seus objetivos, as transformações previstas trazem diversas dificuldades aos diferentes atores envolvidos, desde usuários, profissionais de saúde e gestores da saúde, por prever mudança no modo de pensar e agir dos cuidados assistenciais e gerir os serviços e sistema.

Desta forma, um estudo realizado a partir de reflexões sobre a necessidade de (re) definir atores e espaços de interações e inserções da ESF, visando às ações de cuidado para a Promoção da Saúde, aponta que a mudança só é possível por meio de um novo olhar sobre o objeto que a prática se organiza, transcendendo as particularidades do setor saúde e com implicações determinantes sobre as condições de vida e saúde das pessoas, das famílias, e da comunidade (KLEBA, 2011).

Outro estudo realizado com documentos que abordam a família na ESF reforça as dificuldades na implementação e expansão desta proposta devido a sua intenção de criar um modelo contra hegemônico e inovador, rompendo com olhar fragmentado para a pessoa. Assim, apesar do cuidado com foco de atenção na SF ser sua principal proposta, os documentos avaliados não definem o conceito de família, nem especificam a forma como esta nova prática assistencial deve acontecer, não conduzindo a ação dos profissionais aos instrumentos para a avaliação e intervenção junto às famílias, tonando-se evidente a necessidade de novos estudos aperfeiçoando este tema (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Tais dificuldades nos remetem a complexidade e importância dessa discussão percebendo que **é preciso compreender melhor todo o processo que envolve o cuidado para a promoção da saúde centrado nas famílias no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), não só na perspectiva dos profissionais e gestores, mas também no olhar das próprias famílias inseridas neste outro modelo de atenção à saúde.** Assim, entende-se como fundamental conhecer os dois contextos de cuidado que estão inter-relacionados: o cuidado formal, profissional, institucional, dos serviços de saúde oficiais, e o cuidado informal, instituinte, representado pela família, caracterizando o contexto e o

sistema popular, contribuindo, deste modo, para a Promoção da Saúde e melhora na condição de vida das famílias (HECK *et al.*, 2011).

A retomada do papel da família, nas políticas e programas de saúde em diversos países do mundo, pode ser vista mais expressivamente após a Carta de Ottawa, no ano de 1986. Este documento, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, fundamentado na ótica da Promoção da Saúde, chamou a atenção para o papel das políticas públicas, e a inclusão dos diferentes atores que fazem parte deste processo de construção dos cuidados, incluindo o setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria, mídia e as pessoas em todas as esferas da vida (pessoa, família e comunidade) (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como:

(...) processo de capacitação das pessoas para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 01).

O documento também preconiza **cinco campos de ação** para a Promoção da Saúde que podem ser trabalhados no contexto da AP: **construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A Carta de Ottawa trouxe um conceito de Promoção da Saúde mais abrangente mostrando que vários fatores influenciam na saúde das pessoas, famílias e comunidades, **para além de um estilo de vida saudável** e extrapola o setor, para um bem-estar global, considerando também os determinantes sociais e ambientais onde as pessoas, famílias e comunidade estão inseridas. Desta forma, o documento foi motivo de constantes debates teóricos e conceituais que permanecem até hoje, e o

mantém como o principal ideário norteador para as políticas governamentais para a área da saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2012).

No Brasil, as concepções ampliadas de saúde sob a ótica da Promoção da Saúde foram intensificadas após a reforma sanitária. Esta proporcionou diversas mudanças na realidade social do país que tinha a saúde centrada em um modelo médico assistencial privatista e excluía a maior parte das pessoas do direito à saúde (BRASIL, 2007). Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) propôs um modelo de proteção social com garantia à saúde integral, tais mudanças resultaram na Constituição de 1988, que implantou o SUS no país, com o propósito de construir um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida, tanto individual como coletiva (BRASIL, 2006b).

No Brasil, é na APS integrada à ESF que se articulam as principais ações de Promoção da Saúde da família, interligadas aos cuidados realizados pelos profissionais neste nível de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ambas criadas em 2006, têm na Saúde da Família (SF) sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação das intervenções de Promoção da Saúde. A qualificação das equipes da ESF, especialmente dos enfermeiros, é prioritária e configura-se como um processo progressivo e singular de educação permanente (BRASIL, 2011).

A PNPS foi redefinida na portaria 2.446 de 11 de novembro de 2014 e tem por objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

Como enfermeira, percebo a necessidade de atuar na articulação e integração da ESF com a Promoção da Saúde, pois o cuidado centrado na Promoção da Saúde das famílias é parte integrante do cuidado de enfermagem e, de acordo com Wright e Leahey (2011), existe a evidência teórica, prática e investigativa do significado que a família dá para o bem-estar e saúde de seus membros, e sua influência sobre a doença, tornando-se necessário incluir as famílias nos cuidados de saúde sendo este um compromisso da enfermagem.

O enfermeiro da ESF é responsável por realizar o cuidado à saúde das famílias cadastradas nas equipes, realizando consultas de

enfermagem, procedimentos e atendimentos em grupos nos diversos espaços da Unidade Básica de Saúde (UBS), comunidade ou domicílio. Ainda gerencia a equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); participa, realiza e contribui com atividades de educação permanente; e participa do gerenciamento de insumos na unidade de saúde (BRASIL, 2011).

Meu interesse em trabalhar com a Promoção da Saúde das famílias partiu da trajetória acadêmica e profissional, em diferentes momentos do cotidiano na Enfermagem, marcado pelo contato direto, na AP, com pessoas e famílias envolvidas neste processo de trabalho.

Estas vivências foram desenvolvidas e motivadas devido ao meu vínculo no Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC), o qual tenho integrado nos últimos sete anos, desde a graduação.

O NUPEQUISFAMSC realiza atividades de estudos e pesquisas sobre o cotidiano e o imaginário no processo saúde e doença, adotando uma perspectiva da razão sensível, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, trabalhando com diferentes autores, principalmente, Michel Maffesoli, tendo as famílias como foco predominante.

Neste período, a aproximação da temática Promoção da Saúde e da pesquisa em enfermagem familiar aconteceu, principalmente, pela experiência de atuar como Bolsista de Extensão e Pesquisa durante a graduação. Assim, esta motivação em trabalhar com a linha de pesquisa Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano nasceu com as atividades desempenhadas como bolsista junto ao Projeto Ninho: Criando um Espaço para Cuidar Transdisciplinarmente da Saúde das Famílias, criado e coordenado pela Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, desde 1995. Este projeto desenvolvido, inicialmente, em um Núcleo de Educação Infantil (NEI), na comunidade da Lagoa da Conceição, no município de Florianópolis, na Ilha de Santa Catarina (SC), no sul do Brasil, caracteriza-se pela criação de um espaço alternativo onde se enfoca a Promoção da Saúde de pessoas e famílias, permitindo uma reflexão sobre o ser saudável no cotidiano contemporâneo (FERNANDES; ALVES; NITSCHKE, 2008) destas famílias.

Deste modo, tendo como referência a noção construída junto ao parceiro inicial do Projeto Ninho, ou seja, o Grupo de Assistência à Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM),

liderado pela Dra. Ingrid Elsen, enfermeira e professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no final da década de 80, com influência interacionista, passamos a compreender a família como:

uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio - econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros (ELSEN; MARCON; SOUZA, 2011, p.212).

O trabalho com famílias realizado a partir do Projeto Ninho levou a diversos estudos, que, dentre algumas contribuições, trouxe-nos a ampliação da noção de família, agora construída junto às próprias famílias, mergulhando no seu imaginário, levando-nos a compreender que:

Família é uma unidade, um mundo construído, próprio daqueles que a constituem; mundo este que integra partes e não se restringe, pois se relaciona a tudo onde está inserido. Este tudo, ao mesmo tempo, também se apresenta como parte do próprio mundo que é a família. Como ela é complicada, ela é ao mesmo tempo descomplicada. A família tem momentos de divergências, de conflitos, podendo ter problemas. A família tanto educa, como se educa, desenvolvendo através desta educação padrões dentro dos quais seus membros vivem, como por exemplo, estudar, ter um emprego, e formar uma

família. Os membros da família respondem por ela. Para saber sobre a sua própria família, o que lhe é importante e prioridade, primeiramente é preciso que os membros da família conheçam a si próprios. A família é algo para que se vive e onde se vive; pressupõe a existência de respeito. A família não se acomoda, procura caminhar, sempre buscando melhorar algo que já não a satisfaz mais. A família tem elos que não se limitam aos elos de sangue. (NITSCHKE, 1999, p. 94).

Já graduada, enquanto profissional, atuei como enfermeira visitadora do Departamento de Medicina Preventiva de uma instituição privada de saúde, realizando assistência para pessoas com doenças crônicas e suas famílias, e grupos de educação em saúde.

Também atuei como professora do Curso Técnico de Enfermagem em disciplinas que abordam a Promoção da Saúde e SF, e realizei estágio docência enquanto mestranda na disciplina Processo de Viver Humano I: sociedade, ambiente e saúde. Atualmente, estou realizando a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família/AB, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Com todas estas vivências, venho acordar com Heck *et al.* (2011), que destacam que todo o processo do cuidado de enfermagem para a Promoção da Saúde da família envolve conhecer seus diferentes cenários estruturais e relacionais, com seus membros e com o meio onde vivem, conhecendo suas crenças e valores para proporcionar um melhor cuidado familiar no seu cotidiano, entendendo-se o cotidiano como:

(...) a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expresso por suas interações, significados, crenças, valores, imagens e imaginário, desempenho de papéis, delineando assim o seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, ao longo do ciclo vital (NITSCHKE, 2007, p.24).

Enquanto enfermeira observo a importância de compreender o imaginário dessas famílias para realizar um cuidado holístico a partir do “relativismo” da razão sensível, entendendo ainda o imaginário:

(...) todo este conjunto feito de imagens, de imaginações, símbolos, no qual a vida social é moldada, sendo este mundo imaginal também referência para as interações que envolvem a saúde das famílias e para o seu ser saudável (NITSCHKE, 1999, p. 46).

Entendo ainda diante desta necessidade, conforme Nitschke (1991), que o **cuidar da família** é um processo de interação entre enfermeiro e a família, onde o profissional, ao desempenhar seu papel, busca compartilhar significados, símbolos, crenças, valores junto à família, visando à Promoção da Saúde familiar, o que também contempla a manutenção da saúde, bem como a prevenção e a recuperação da doença familiar. De acordo com a autora, as palavras **familiar e familiar** sejam sinônimas, o termo **familiar** foi eleito, numa tentativa de limitá-lo ao que se refere propriamente à família, buscando distinguir do termo **familiar** que é muito utilizado popularmente também para designar aquilo que "é muito conhecido", "acostumado" (NITSCHKE, 1991, p. 16).

Em síntese, entre outros aspectos, **cuidar da família é**: mergulhar no seu mundo, feito de imagens, imaginações, símbolos, imaginário; ver as interações familiares, sem perder de perspectiva cada membro da família; colocando-se como pessoa; exercitando o "assumir o papel do outro. É não perder a família do nosso foco, enquanto rede de relações, intra e extrafamiliares, sendo flexível, e transitando entre o micro e o macro social," (NITSCHKE, 1999, p. 176), considerando os determinantes da saúde, sua multidimensionalidade e complexidade.

Diante de todo o contexto apresentado, desenvolveu-se uma proposta buscando responder a seguinte pergunta de pesquisa: *Qual o imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias no contexto da atenção primária?*

Esta proposta visa contribuir para a Promoção da Saúde das famílias em seus diferentes espaços e contextos, além de valorizar os saberes familiares respeitando sua individualidade como parte integrante do cuidado em saúde. Pretende-se, assim, colaborar com os serviços e profissionais que atuam no nível primário de atenção à saúde possibilitando a valorização, o fortalecimento e o compromisso da prática de cuidado na perspectiva da Promoção da Saúde.

Busca-se, ainda, contribuir para os estudos sobre o imaginário e cotidiano por acreditar que as questões que envolvem a saúde também estão relacionadas com o dia a dia das pessoas, suas interações, crenças,

imagens e símbolos construídos na vida em sociedade. Enfim espera-se colaborar para ampliação da construção de saberes da enfermagem que envolva cuidado, ensino, pesquisa e extensão, tendo a promoção da saúde como fio condutor do cuidado familiar, ampliando e reafirmando a importância dos estudos que envolvam a temática.

2. OBJETIVO

Objetivo Geral

Compreender o imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias no contexto da Atenção Primária.

Objetivos Específicos

Conhecer o imaginário da Promoção da Saúde a partir da percepção das famílias no cotidiano da Atenção Primária.

Investigar o imaginário da Promoção da Saúde da família no seu cotidiano.

3. O CONTEXTO HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Percebendo a Promoção da Saúde como parte do processo de cuidado na SF, faz-se um resgate de sua trajetória e sua influência no modo de pensar e agir no cotidiano da área da saúde.

A promoção da saúde sofreu influências de alguns conceitos de saúde que, para Rootman e O'Neill (2012), foram fundamentais para o seu desenvolvimento prático e conceitual.

No século XIX, estudos desenvolvidos na medicina social por Friedrich Engels e Rudolf Virchow explicaram o processo saúde e doença através da ligação entre saúde e sociedade, o que denominou de determinação social da saúde. Já no século XX o conceito de saúde desenvolvido a partir do Relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, possui enquanto fatores contributivos (mais tarde chamados de determinantes) a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde (ROOTMAN; O'NEILL, 2012).

O Relatório Lalonde marca o início das discussões, eventos, conferências e pesquisas no século XX que permeiam até hoje, acerca do termo “Promoção da Saúde”, bem como sua importância no pensamento estratégico da saúde no mundo (BUSS, 2009).

Em 1978, na cidade de Alma Ata (Cazaquistão), acontece a 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, trazendo um novo enfoque para a saúde com surgimento da meta “Saúde para todos até o ano 2000”. A formulação da Declaração de Alma Ata apresenta os cuidados primários como a chave para a meta e fundamentais para a saúde das famílias e comunidades numa perspectiva universal integrando os outros setores do governo em prol do desenvolvimento e justiça social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

No ano de 1986, a 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá foi uma resposta, antes de tudo, às crescentes expectativas por uma nova saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). A conferência teve como principal resultado a Carta de Ottawa, que é hoje, a principal referência empregada nas ideias da Promoção da Saúde em todo o mundo (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa apresenta as ações da Promoção da Saúde na perspectiva de alcançar a equidade em saúde tendo como objetivo “reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a

realizar completamente seu potencial de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, pg. 01). Assim, necessita incluir uma base sólida com a criação de ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Para desenvolver todas estas condições e recursos propostos, a Carta de Ottawa mostra como necessária a “mediação” entre os diferentes atores que estão inseridos no contexto da saúde como governo, setor específico da saúde e outros setores sociais e econômicos. Assim, é preciso, ainda, envolver as pessoas em todos os seus ciclos da vida, bem como em suas diferentes dimensões tais como indivíduo, família e comunidade. Desta maneira, os profissionais da saúde, colocam-se como os principais responsáveis neste processo de mediação entre os diferentes atores envolvidos, existentes na sociedade, em relação à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Para alcançar a equidade em saúde e oportunizar recursos para que as populações tenham controle sobre sua saúde a Carta de Ottawa traz cinco campos de ações para a Promoção da Saúde:

- Criação de *Políticas Públicas Saudáveis*: a Promoção da Saúde extrapola o setor saúde, colocando a saúde como prioridade das agendas dos políticos e dirigentes dos diferentes níveis e setores. Estes devem incluir ações legislativas, fiscais e organizacionais no ponto de vista dos determinantes de saúde, de modo a diminuir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

- Criação de *Ambientes Favoráveis*: A conservação dos recursos naturais como responsabilidade global. Aconselha-se o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, pois é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

- Reforço da *Ação Comunitária*: desenvolver o poder da comunidade com recursos humanos e materiais, a fim de intensificar a autoajuda e apoio social reforçando a participação popular nos assuntos de saúde. Para isto, é necessário acesso à informação, às oportunidades de aprendizado e apoio financeiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

- *Desenvolvimento de Habilidades Pessoais*: desenvolver divulgação, informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Tais atividades podem ser realizadas nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários, através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

- *Reorganização dos Serviços de Saúde*: criar um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde atendendo as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral. Para isto, é preciso mudanças no ensino dos profissionais, nas atitudes e organização dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Enquanto a Carta de Ottawa nascia como um marco da história da saúde mundial, no contexto brasileiro, no mesmo ano, acontecia a VIII Conferencia Nacional de Saúde, um dos principais momentos de luta pela universalização da saúde do país. Esta, contou com a participação do setor saúde, da sociedade civil, dos grupos profissionais e partidos políticos. Apresentou nos temas de discussão a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e seu relatório final lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

Voltando ao âmbito internacional, no ano de 1988, iniciam-se as conferências que trouxeram a continuidade das discussões e fundamentos da Promoção da Saúde após a criação da Carta de Ottawa. A 2ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, na cidade de Adelaide, Austrália, reafirma os cinco campos de ações da Carta de Ottawa e enfatiza a importância das políticas públicas saudáveis, resultando na “Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988).

A 3ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde foi em 1991, na cidade de Sundsvall, na Suécia. Esta enfocou o ambiente favorável como um fator de importância para a saúde, reconhecendo que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde por meio da “Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991).

A 4ª Conferencia Internacional Sobre Promoção da Saúde, no ano 1997, na cidade de Jacarta, Indonésia, teve como tema principal a Promoção da Saúde no século XXI e foi marcada por ser o primeiro evento a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde,

resultando na “Declaração de Jacarta” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

No ano de 2000, a 5ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, na Cidade do México, teve como subtítulo “Das ideias às ações”, onde os ministros da saúde presentes reafirmaram os objetivos propostos para ações de Promoção da Saúde nas políticas governamentais e nos programas públicos, além de propor ações intersetoriais para fortalecer as redes nacionais e internacionais que promovem saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em 2005, acontece a 6ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na cidade de Bangkok, Tailândia com o tema “A Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado”. A Carta de Bangkok discute ações, compromissos e promessas necessárias para enfrentar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da Promoção da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Diante deste cenário mundial, no Brasil, ocorreram a criação de estratégias, políticas e pactos com intuito de fortalecer os cuidados de Promoção da Saúde impulsionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas necessidades da população.

O Pacto pela Saúde, criado em 2006, é um instrumento de gestão que tem o desafio de desenvolver uma política transversal, integral e intersetorial a partir de uma divisão em três eixos: Vida, Defesa e Gestão, e trouxe a partir do Pacto pela Vida, a Promoção da Saúde uma de suas prioridades (BRASIL, 2006c).

No mesmo ano, como parte da articulação da Promoção da Saúde e políticas públicas nos diversos países do mundo, no Brasil é criada a PNPS, mediante a Portaria n. 697, de 30 de março de 2006 e redefinida pela Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. A nova PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias para produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, e como valores fundamentais para sua efetivação a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social (BRASIL, 2014).

Em 2009, acontece a 7ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde no Quênia, sendo o primeiro evento a ser realizado em um país africano. Este evento teve como slogan “Promoção de Saúde: chamada para a ação”, tendo como eixo central as iniquidades sociais, partindo do crescimento inexorável de doenças não

transmissíveis em economias de renda baixa e média, e do aquecimento global. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em 2013, a 8ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde aconteceu na Finlândia e teve como tema “Saúde em todas as políticas”, tendo como foco a implantação das políticas, o “como fazer” trazendo seis eixos centrais com o objetivo de facilitar a troca de vivências e desenvolver orientações para implementação da abordagem proposta no tema. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A Promoção da Saúde tem provocado diversas mudanças na organização dos serviços de saúde em todo o mundo, e muito vem a contribuir para o sistema de saúde brasileiro. Embora muitos trabalhem numa perspectiva apenas de mudança comportamental, constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, em que a saúde é resultante das condições de vida (HEIDMANN, 2006). Assim, torna-se necessário trabalhar no cenário da família como uma maneira de conhecer suas iniquidades sociais, suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os espaços e ambientes onde vivem, suas percepções diante das políticas estabelecidas, e toda complexidade das relações e interações familiares para o meio interno e externo, a fim de contribuir para os **cinco campos de ações** da Promoção da Saúde no contexto da ESF.

4. A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE

A família passou por diversas mudanças ao longo do tempo, transformando-se de forma dinâmica. Concordando com a noção de família apontada anteriormente por Nitschke (1999), neste estudo, considera-se a **família** como uma unidade de cuidado dinâmica capaz de promover a saúde de seus membros a partir do seu cotidiano, nas diferentes etapas e mudanças do seu ciclo vital. É no ambiente interno e externo que a Promoção da Saúde se expressa, a partir das relações e interações familiares com seus membros e destes com o contexto mais amplo de suas relações como a sociedade, comunidade, vizinhança, amigos, serviços de saúde e demais instituições, as políticas públicas, entre outros (FERNANDES, 2011).

“Pensar na família” possibilita para a enfermagem um pensar interativo, relacional e contextual, rompendo com um pensar individualista, tradicional, descontextualizado e fragmentado. Entendendo, assim, que para este pensar, torna-se necessário mergulhar no imaginário e no cotidiano contemporâneo da família, ou seja, é preciso mergulhar na pós-modernidade para compreender esta família de hoje, por alguns denominada de pós-moderna.

De acordo com Maffesoli (2014), a pós-modernidade é uma sinergia entre o arcaico e desenvolvimento tecnológico, é o movimento do aqui e agora, “instante eterno”, onde as discussões filosóficas, religiosas e eróticas que ocorrem nas redes sociais emergem os laços sociais a partir de emoções coletivas.

Ainda considera este movimento como a passagem do “eu” para o “nós”, em que a pessoa só existe através do olhar do outro, que recria: o tribalismo, o grupo, a comunidade, a família. A pessoa epistemológica deixa de existir, e a autonomia torna-se a heteronomia, isto é, o outro que dita a lei (MAFFESOLI, 2014).

A pós-modernidade ainda nos remete ao pluralismo, uma vez que não existe mais uma única visão de mundo, e sim uma pluralidade de crenças, valores e culturas, em que a “enfermagem da família, torna-se operacional por reconhecer que existem tantos caminhos para entender e experimentar a doença, quanto existem famílias vivenciando a doença” (WRIGHT; LEAHEY, p. 22, 2011).

Para Nitschke (1999), cuidar da família de hoje não é novidade:

Assim como a pós-modernidade não elimina a modernidade, o indivíduo, ou mesmo a pré-

modernidade, sendo integradora, assim também é o cuidado à família. É um resgate à contemporaneidade do ontem, como costume dizer, vivendo-se intensamente o hoje. É estar aberto às novidades, buscando outros caminhos, sem desvalorizar e esquecer o velho. Enfim é viver a complementaridade (NITSCHKE, p. 174, 1999).

Desta forma, as famílias contemporâneas é uma unidade dinâmica complexa que reflete a sociedade e sua formação, acompanhando este movimento pluralista que lhe cerca, e passa a se organizar em diferentes “tribos”, adotando diferentes estágios em seu ciclo de vida familiar que influenciam em seu processo de saúde e doença.

As ideias precursoras de Betty Carter e Mônica McGoldrick (1995) mostraram que os processos de mudanças que podem ocorrer dentro da família são divididos em seis estágios: O jovem solteiro, Família sem filhos, Família com crianças, Família com adolescentes, Família no meio da vida e Família no estágio tardio. Tais estágios são mostrados a partir de como eles se desenvolvem, suas dificuldades de transição, além do impacto que podem sofrer das gerações anteriores.

A mesma autora ressalta que este é um modelo baseado em estudos com famílias de classe média, e que existem diversas literaturas que estudam famílias dentro de suas complexidades e singularidades, com relação à sua fase de desenvolvimento, retratando o divórcio, o recasamento, o processo de viver os ciclos de vida com doenças crônicas, as famílias de baixa renda, entre outras temáticas. Além das especificidades étnicas e culturais dentro das mudanças do ciclo de vida familiar (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

É importante destacar que, após o século XX, com os ganhos significativos do papel feminino e da liberdade sexual, estes não alcançaram total magnitude. A diversidade é uma das características da família contemporânea, enquanto alguns casais mantêm o modelo de família nuclear, observamos outras formas de organização e laços familiares que mantêm lutas por seus direitos.

A família extensa ou ampliada é aquela que envolve a família nuclear e outras pessoas com laços sanguíneos (tios, avós, primos) de dois ou mais núcleos, ou parentes colaterais (BRASIL, 1990). A presença das avós tem sido observada no suporte e apoio da família

ampliada, enquanto transmissão de saberes e segurança para os pais, através de suas experiências de vida, com um cuidado que perpetua do nascimento de seus netos até quando pais e mães trabalham fora ou são separados (MARQUES *et al.*, 2011).

A família binuclear, quando pais são divorciados, cujo filho é membro nuclear de ambos. E a família monoparental é de pai/mãe únicos a partir da perda do cônjuge por divórcio, morte, abandono, criança nascida fora do casamento ou adoção (SANTOS; SANTOS, 2009).

Temos também a família homoafetiva, formada por pais homossexuais, a qual ganhou espaço nos ambientes familiares contemporâneos, fundamentada na liberdade de escolha pela orientação sexual do mesmo sexo e seu estilo de vida. Após a Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013, no Brasil, é concedido o casamento civil ou união estável entre pessoas do mesmo sexo (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2013).

Uma família pode ser formada por elos, ligações e anéis de diferentes naturezas. Além do elo de sangue, a família pode ser formada, ao mesmo tempo, por elos de amizade ou adoção. Assim, existe ainda a *família do coração* inserida nos diferentes espaços que a família pós-moderna tem se constituído e que no estudo de Nitschke (1999, p. 110) realizado em uma comunidade do Sul do Brasil, é aquela que convive com outras formas de família, e “apresenta-se como sentir-se bem e que nos faz bem, configurando-se num estar junto que se mostra como prazer”.

Desta forma, observamos que as mudanças no ciclo de vida familiar existem conforme tal diversidade vem se organizando, e que a família contemporânea vem sofrendo profundas transformações em suas configurações como decorrentes de determinados fenômenos como, por exemplo, a afirmação dos direitos das mulheres, das crianças, dos adolescentes, dos jovens, dos idosos e dos homossexuais.

Tais transformações precisam levar os profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro da ESF, a refletirem sobre o dia a dia das famílias, como estão sendo estruturadas, os principais processos de mudanças que enfrentam, como elas vivenciam o processo de saúde e doença no seu cotidiano, as limitações e as potências no contexto que estão inseridas. Deste modo, sintonizado na realidade e nas reais necessidades, o profissional poderá realizar um cuidado responsável,

digno, resolutivo, sendo afetivo, e, portanto, efetivo na perspectiva da Promoção da Saúde das famílias.

5. INTERFACES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidado é a essência do saber da enfermagem e constitui uma ação essencial ao indivíduo, família ou comunidade, para desenvolver a manutenção da vida (CUNHA *et al.*, 2009). Foi Florence Nightingale, enfermeira, inglesa, que deu origem aos pressupostos e caminhos para a enfermagem moderna. Exerceu o cuidado com um olhar holístico, baseado em atribuições como honestidade, sobriedade, religiosidade e devoção, a habilidade de observação minuciosa e delicadeza, como atributos de uma enfermeira (COSTA *et al.*, 2009).

Diante desta perspectiva humanística que no decorrer do desenvolvimento científico transcendeu ao construtivismo, para Cunha *et al.* (2009), nos dias atuais, o cuidado de enfermagem não se restringe apenas ao bem-estar físico e mental, é preciso investir em tecnologias com interações dialógicas, que valorizem a linguagem e os aspectos socioculturais das pessoas, família e comunidade. Assim, ao se pensar na Promoção da Saúde numa perspectiva que rompe com o pensamento biologicista e possibilita ir além de uma prática individual, pode considerá-la como uma prática que possibilita o aprimoramento para o cuidado (CUNHA *et al.*, 2009).

Pensar na Promoção da Saúde como aprimoramento do cuidado de enfermagem, possibilita atrelar as famílias que fazem parte deste cuidar. Pois é na família que iniciam os primeiros cuidados às pessoas e seus membros, sendo necessário o resgate e a compreensão dos serviços de saúde para a maneira de viver das famílias, que, segundo Gutierrez e Minayo (2010):

(...) é na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, passa pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar, e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dieta e atividades preventivas) (GUTIERREZ; MINAYO, p. 1498, 2010).

Embora a Promoção da Saúde surja como marco norteador do cuidado em meados dos anos 70, o termo Promoção da Saúde e cuidado no âmbito da família foi sendo empregado na década de 80, por

enfermeiros canadenses e americanos. Estes trouxeram para discussão os modelos de SF, focando a dinâmica interna dos seus membros, a rede de cuidado informal, elucidando explicações a partir de diferentes referenciais: clínico, desenvolvimento funcional, adaptativo e resiliência (HECK *et al.*, 2011).

A Promoção da Saúde da família é o conjunto de ações e comportamentos com objetivo de alcançar o bem-estar da família e sua qualidade de vida, além de lidar com a doença, sendo influenciada por fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, ambientais e científicos, como os avanços tecnológicos (BOMAR, 1990).

Tal tema vem sendo discutido em diversos países do mundo por meio de implementação e aperfeiçoamento da educação e prática das enfermeiras, como exemplo o *Family Health Nurse Multinacional Study*, realizado em 2006, o qual discutiu o conceito de Enfermeira de SF dentro dos diferentes sistemas de cuidado europeu. Este definiu a Enfermeira de SF como enfermeira generalista da família e da comunidade responsável por realizar atividades de prevenção de doença e tratamento da doença, assim como as diversas ações determinadas pelas necessidades da família, e da comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Esta perspectiva, entretanto, chama nossa atenção por ainda colocar seu foco na doença.

Para Wright e Leahey (2012) o envolvimento de famílias no cuidado de enfermagem passou por um processo de mudanças nos últimos 35 anos. O desenvolvimento de pesquisas possibilitou o surgimento de outra maneira de compreender o cuidado à família, como uma unidade de assistência com foco em suas interações e reciprocidade, além de ser capaz de lidar com o sistema familiar e individual ao mesmo tempo (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

No Brasil, a Enfermeira de SF atua em diferentes cenários da enfermagem como, por exemplo, na média e alta complexidade dando suporte para os pacientes da pediatria, gerontologia ou adultos e suas famílias, na gestão, e na ESF que compõe a AP.

O Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (GAPEFAM/NFR/UFSC) é precursor nos estudos de Enfermagem à Família no Brasil, coordenado pela enfermeira Dra. Ingrid Elsen, pioneira nos estudos sobre a família. Este grupo desenvolveu diversos estudos, reflexões teóricas, publicações e encontros com pesquisadores da área para disseminar o conhecimento

descobrendo novas possibilidades para o ensino, para pesquisa, para extensão e para assistência de enfermagem da família.

Para Elsen (2004), o cuidado da família remete às dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e compreender a existência da saúde familiar, que distingue da saúde individual de cada membro, ou seja, a SF não é a somatória da saúde dos seus membros, mas sim, um estado de saúde próprio e distinto. Assim, pensar na família como objeto de cuidado torna-se um desafio para enfermagem, pois o cuidado ainda é conectado ao modelo biomédico, de formação de muitos profissionais.

Discutir a Promoção da Saúde da família é resgatar os valores, crenças, símbolos, imagens de um cuidado pouco valorizado, mas que necessita de um olhar crítico diante das questões que lhe cercam, além de conhecer e reconhecer as potencialidades da família, a fim de provocar reflexões, diálogo e transformações na maneira de cuidar e entre cuidar, como refere Nitschke (1999). Assim, cuidar da família também é promover a sua saúde, é fomentar um cuidado com diferentes maneiras de pensar saúde.

Deste modo, conhecer o cotidiano e o imaginário da promoção da saúde da família permite ao enfermeiro se colocar no lugar do outro, refletir sobre a sua prática e buscar envolver as famílias em seu processo de cuidado, pois entende - se que:

(...) a família é protagonista do cuidado de si, enquanto rede de interações, e de seus membros. Ou seja, o cuidado não é exclusividade da enfermagem, ou de outros profissionais. Deste modo, é preciso ter clara a relevância deste elemento no cotidiano da família, dando-lhe conteúdo (NITSCHKE, 1999, p. 172).

Ainda vale destacar que o cuidado para a promoção da saúde na família desenvolvido pelo enfermeiro é frágil e o modelo que se apresenta na AP é focado nos procedimentos e produtividade. Assim, é necessário investigar e resgatar nos espaços da ESF para tornar-se uma realidade no cotidiano dos serviços.

6. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

6.1. MANUSCRITO 1 – A Enfermagem e a Promoção da Saúde Familiar no contexto da Atenção Primária: uma revisão integrativa

Juliana Chaves Costa¹

Rosane Gonçalves Nitschke²

RESUMO: Tem-se como objetivo conhecer e analisar a produção do conhecimento sobre a promoção da saúde familiar desenvolvida pela enfermagem nos últimos 10 anos. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), utilizando os descritores Promoção da Saúde, Enfermagem Familiar, Atenção Primária à Saúde. O critério de inclusão do estudo foram os artigos completos de pesquisa, revisões integrativas ou relatos de experiências relacionados à temática nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2004 a 2014. Foram selecionados 281 artigos que, após análise, foram categorizados em: O papel do enfermeiro de família e sua formação para a Promoção da Saúde e a Promoção da saúde familiar nos diferentes cenários na prática de enfermagem. Conclui-se que o enfermeiro de família no contexto da atenção primária tem executado diferentes ações com as mães, crianças adolescentes, idosos e seus familiares, nos diferentes cenários da escola, da comunidade e do serviço, porém ainda é preciso investir mais na sua formação e qualificação, adotando-se métodos de ensino participativos, incentivando a criação de instrumentos que mostrem como o enfermeiro

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN-UFSC. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUISFAM-SC. E-mail: julianachavescosta@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem (PEN-UFSC-SORBONNE). Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC). E-mail: rosanenitschke@gmail.com

tem trabalhado no seu dia a dia, possibilitando a valorização e o reconhecimento deste profissional para um melhor cuidado familiar.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde é o processo que capacita as pessoas, famílias e comunidades para que tenham autonomia sob suas escolhas e uma melhor qualidade de vida no seu processo de viver. Ela percorre todos os níveis de atenção à saúde possibilitando mudanças no modo de pensar e agir as questões de envolvem a saúde.

As principais ações de Promoção da Saúde têm sido trabalhadas na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), e se caracteriza como o conjunto de ações a saúde que abrange a promoção da saúde, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde atentado para um cuidado integral que impacte na vida das pessoas, na sua autonomia e seus condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) emergiu em 1994, como Programa de Saúde da Família (PSF), caracterizando-se como uma estratégia prioritária da AP para a reorientação dos serviços de saúde de acordo com os preceito e diretrizes do SUS. Com a proposta de romper com o cuidado biomédico e fragmentando, visa um cuidado integral, centrado na saúde das famílias, ampliando a resolutividade, o acesso aos serviços, compreendendo as especificidades e situação de saúde de cada comunidade atendida.

O enfermeiro está inserido na equipe da ESF com objetivo de coordenar a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos de Enfermagem, capacitando-os para um cuidado integral e humanizado; promover espaços de educação permanente; dar assistência às pessoas e suas família na área de abrangência, em todas as fases do seu ciclo vital, atentando para os princípios da integralidade, equidade e universalidade do acesso ao serviço, além de protagonizar relações entre as equipes e com os demais setores e serviços (BRASIL, 2012).

Assim, o enfermeiro tem sido o profissional de referência neste campo de atuação, e o principal articulador no processo de mudança do modelo de atenção à saúde, pois está presente no dia a dia do serviço, atuando na assistência e na gerência do cuidado, prosseguindo para além

de práticas individuais, contemplando as reais necessidades das famílias a partir do contexto que estão inseridas.

Tendo em vista a relevância da temática citada, este estudo tem como objetivo: conhecer e analisar a produção do conhecimento sobre a promoção da saúde familiar desenvolvida pela enfermagem nos últimos 10 anos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura acerca da promoção da saúde familiar realizada pela Enfermagem. A revisão integrativa vem contribuir com o aprofundamento do conhecimento sobre as produções científicas relativas a uma determinada temática e consiste na construção de uma análise ampla da literatura, para discussões sobre conceitos, revisão de teorias, métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos, o que contribui para a análise dos estudos realizados na área da saúde e enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Visando contemplar o objetivo de “conhecer e analisar a produção do conhecimento sobre a promoção da saúde familiar desenvolvida pela enfermagem nos últimos 10 anos”, buscou-se responder a seguinte questão: Como está a produção do conhecimento acerca da promoção da saúde familiar desenvolvida nos estudos da enfermagem nos últimos 10 anos?

Para seleção dos artigos foram usadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), adotando-se os descritores DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings).

No dia 19 de novembro de 2015, foi realizada a busca na base MEDLINE e no dia 05 de janeiro de 2016 foi realizada a busca nas bases LILACS e IBECs, adotando-se os seguintes descritores: *family nurse OR family health OR care family OR family practice OR family centered care OR family centered AND health promotion OR health promotion intervention OR health promotion interventions AND primary care OR primary health OR primary healthcare OR primary health system OR primary health service*, conforme protocolo (ANEXO A).

A amostra do estudo foi realizada a partir dos critérios de inclusão na pesquisa: estudos disponíveis no editor científico Bireme/BVS que contempla as bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, que contenham os descritores DECS e MeSH, publicados em periódicos na forma completa (*fulltext*), tais como artigos de pesquisa, revisões integrativas ou relatos de experiências relacionados à temática nos idiomas português, inglês e espanhol, nos anos de 2004 até 2014. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumo de anais, ensaios, notas prévias, publicações duplicadas, teses e dissertações, manuais, artigos completos que não estão dispostos na íntegra, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português.

A análise dos estudos encontrados foi sistematizada, seguindo as etapas da pesquisa bibliográfica (GANOG,1987) contemplando: o levantamento bibliográfico preliminar nas bases de dados supracitadas; a leitura exploratória dos estudos, verificando a viabilidade dos estudos encontrados para a revisão da literatura; a leitura seletiva, analisando, de maneira específica, a pertinência dos estudos; a leitura analítica, resumizando as informações encontradas de maneira crítica; a leitura interpretativa, articulando os conhecimentos versados em todos os estudos analisados; e a elaboração do texto final que sintetiza os resultados da pesquisa da literatura.

A partir da leitura interpretativa da análise foi possível identificar duas categorias: O Papel do Enfermeiro de Família e sua formação para a Promoção da Saúde, e a Promoção da Saúde familiar nos diferentes cenários na prática de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa da pesquisa gerou a respectiva quantidade de artigos de acordo com cada base de dados: MEDLINE/Pubmed (136); LILACS (123) e IBECs (22), totalizando 281 artigos. Prosseguiu-se, então, a leitura minuciosa dos resumos, buscando determinar os critérios de inclusão e exclusão, a adequação e relevância dos assuntos abordados, considerando o objetivo deste trabalho. Após esta etapa, passou-se para o seguinte total de artigos: MEDLINE/Pubmed (11); LILACS (1); IBECs (0), chegando-se a um total de 12 artigos com o tema Promoção da Saúde da Família.

O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados, junto com seus autores, ano de publicação, periódico em que foi publicado, bem como a base de dados em que foi encontrado o artigo.

Quadro 1 – Artigos sobre a Promoção da Saúde da Família incluídos na revisão integrativa.

Nº	Título	Autores	Ano	Revista	Fonte
1	Meaning and action in employed mothers' health work.	Kushner, K. E.	2007	Journal of Family Nursing	MEDLINE /Pubmed
2	The role of nursing in governmentality, biopower and population health: family Health nursing	Thompson, L.	2007	Health & Place	MEDLINE /Pubmed
3	Evaluation of an educational booklet about childcare promotion from the family's perception regarding health and citizenship	Grippe, M. L., Fracoli, L. A.	2008	Revista da Escola de Enfermagem da USP	MEDLINE /Pubmed
4	Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil.	Rocha, S. M., Nogueira, M. L., Cesario, M.	2009	International Journal of Older People Nursing	MEDLINE /Pubmed
5	Functional clinical placements: a driver for	Goddard, L., Mackey, S., Davidson, P. M.	2010	Nurse Education Today	MEDLINE /Pubmed

	change.				
6	Health promotion and related factors among korean goose mothers.	Cha, C.	2010	<u>Asian Nursing Research</u>	MEDLINE /Pubmed
7	A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura	Silva, M. C. L. S. R.; Silva, L.; Bousso, R. S.	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	LILACS
8	Teachers as researchers: a narrative pedagogical approach to transforming a graduate family and health promotion course	Brykczynski, K. A.	2012	Nursing Education Perspectives	MEDLINE /Pubmed
9	Experience of adolescents in an activity of health promotion	Ferreira, J. A. R., Barros E. M.; Sousa R. A., Souza, L. J.	2013	Revista Brasileira de Enfermagem	MEDLINE /Pubmed
10	Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a	Wright, K., Giger, J.N., Norris, K., Suro, Z.	2013	International Journal of Nursing Studies	MEDLINE /Pubmed

	parallel-group, randomized control Trial				
11	Be our guest': challenges and benefits of using 'family conversations' to collect qualitative data about infant feeding and parenting.	Reid J, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J.	2014	Journal of Clinical Nursing	MEDLINE /Pubmed
12	Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial.	Ghasemi A, Estebsari F, Bastaminia A, Jamshidi E, Dastoorpoor M.	2014	Iranian Red Crescent Medical Journal	MEDLINE /Pubmed

Fonte: Base de Dados da BVS, MEDLINE, LILACS e IBECs, 2014 e 2015.

Os artigos analisados foram publicados entre os anos de 2007 a 2014, não aparecendo publicações entre 2004 a 2006, sendo que as publicações seguem uma incidência constante variando de uma a duas em cada ano.

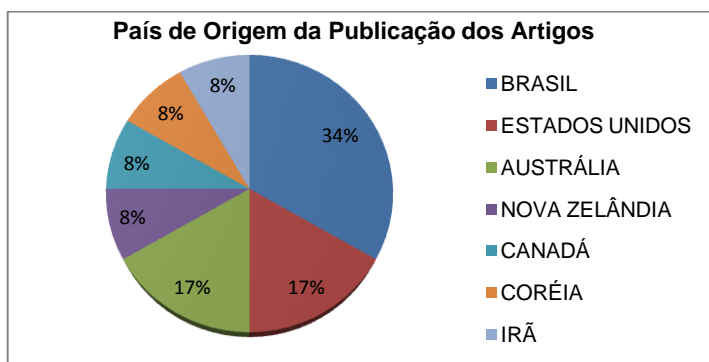
Vale ressaltar que, apesar do movimento da Promoção da Saúde ter como marco contemporâneo a Carta de Ottawa, em 1986, no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) emergiu no ano de 2006, assim como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e os estudos acerca da Enfermeira de Família, no continente europeu tornou-se expressivo após 1998, com a descrição do papel da Enfermeira de

Família pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2006; WHO 1998).

Dentre os periódicos apresentados, a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) apresentou o maior número de publicações ($n = 2$), sendo que os demais apresentaram uma publicação por periódico.

Os artigos analisados são originados de diversos países: sendo 34% ($n = 4$) do Brasil, 17% ($n = 2$) dos Estados Unidos, 17% ($n = 2$) da Austrália, 8% ($n = 1$) da Nova Zelândia, 8% ($n = 1$) do Canadá, 8% ($n = 1$) da Coreia e 8% ($n = 1$) do Irã, apontado uma temática que vem sendo estudada a nível mundial.

Gráfico 1: País de origem da publicação dos artigos

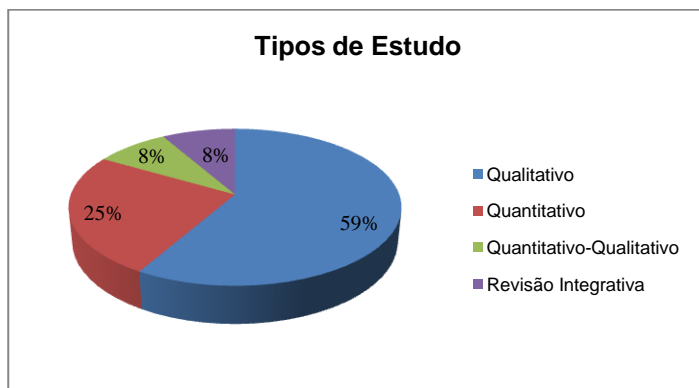


Fonte: elaborado pela autora, 2015.

Os artigos publicados por instituições brasileiras são quatro: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (dois), Universidade Estadual de Campinas (um) e Universidade de Franca (UNIFRAN) (um), ressaltando que todas as instituições estão localizadas no estado de São Paulo (SP), região sudeste do país.

O tipo de estudo: 59% ($n = 7$) são caracterizados como pesquisa qualitativa; 25% ($n = 3$) são estudos quantitativos; 8% ($n = 1$) é uma revisão de literatura; e 8% ($n = 1$) é de caráter quantitativo - qualitativo, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Tipos de estudo dos artigos analisados



Fonte: elaborado pela autora, 2015.

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA E SUA FORMAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Foram identificados três artigos que contemplam a temática o papel do enfermeiro de família e sua formação para a promoção da saúde: o primeiro retrata uma pesquisa com enfermeiros de Saúde da Família (SF) de uma Ilha Ocidental na Europa (THOMPSON, 2007); o segundo, uma revisão integrativa de literatura, trabalha as abordagens à família na ESF no Brasil (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011); o terceiro trata de uma pesquisa realizada com alunos e professores com objetivo de melhorar o currículo de uma disciplina de enfermagem de família e promoção da saúde em uma Universidade nos Estados Unidos (BRYKCZYNSKI, 2012).

Quando pesquisamos a definição do enfermeiro de família, encontramos apenas no estudo realizado com enfermeiras de uma Ilha Ocidental da Europa, cujo objetivo foi analisar as formas em que este novo papel da enfermagem está envolvido em práticas de governabilidade e biopoder, baseado no referencial de Foucault. Foi possível evidenciar que o enfermeiro de SF é um profissional que emergiu para resolver algumas das deficiências percebidas na prestação de cuidados de saúde primários em toda a região europeia, como o acesso aos serviços particularmente em áreas carentes e nos locais mais pobres da região (THOMPSON, 2007). Essa prática foi percebida pelos sete enfermeiros de família do estudo que relatam a diferença entre o papel da enfermeira de família com outras áreas da enfermagem,

ênfatizando o enfermeiro de família como o mais próximo do contexto familiar, social, e comunitário:

“Você está olhando para o conjunto de cuidados da saúde comunitária, você está olhando para frente em vez de para trás. Em vez de tratar a doença, estamos ansiosos para promover saúde ótima na comunidade” (THOMPSON, 2007, p. 80).

O estudo de revisão integrativa realizado com documentos que abordam a família na ESF no Brasil, não encontrou a definição de enfermeiro de família nos documentos analisados. A mesma revisão discute que um estudo realizado em uma cidade do interior de São Paulo, junto a enfermeiras da ESF, com o objetivo de identificar o seu processo de trabalho constatou a execução da prática com foco no modelo de atenção individual e curativa, como exemplo, a realização da visita domiciliar direcionada ao familiar doente, apesar dos profissionais relatarem visita à família (ERMEL; FRACOLLI, 2006). Na mesma revisão, ao analisar os documentos que abordam a família na ESF, não é identificado nos documentos normativos dentro das políticas de saúde do Brasil como tal prática deve acontecer e nem como deve ser o preparo dos profissionais para o trabalho com famílias na APS (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Já em relação à formação do enfermeiro de família para a promoção da saúde, o estudo realizado com professores e alunos em uma universidade americana, retratou o processo de melhoria da disciplina que aborda a temática com um método ativo e participativo. O objetivo do trabalho foi realizar uma abordagem pedagógica narrativa para desenvolver, programar, avaliar e rever uma disciplina de um curso de SF e promoção da saúde para pós-graduação de estudantes de enfermagem, no qual foi realizado *feedback* constante com os alunos para melhorar o método de ensino (BRYKCZYNSKI, 2012).

Ao realizar a pesquisa, os professores relataram a dificuldade de conciliar o objetivo de ensino dos professores, focado na promoção da saúde, com o objetivo de aprendizagem dos alunos de enfermagem que possuíam uma visão biomédica da saúde individual não identificando a família como um todo. No final do trabalho, foi possível fazer com que a avaliação da disciplina melhorasse e o curso permanecesse no programa, mostrando a importância de estudar e aprender outros métodos de trabalho para a promoção da saúde (BRYKCZYNSKI, 2012).

Esta categoria aponta que o enfermeiro de família realiza um conjunto de cuidados para a promoção da saúde das pessoas e da comunidade, atento para o princípio da equidade com foco na realização do cuidado em regiões mais pobres. Porém, a enfermagem familiar na AP também aponta a promoção da saúde intrínseca neste contexto, possibilitando um cuidado integral, com foco na família reconhecendo os Determinantes Sociais de Saúde como ferramenta para melhorar as condições de saúde das famílias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE FAMILIAL NOS DIFERENTES CENÁRIOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A temática da promoção da saúde familiar foi estudada nos diferentes cenários da prática de enfermagem e contextos socioculturais, envolvendo distintas populações participantes. Neste sentido, emergiram nove estudos dentre os artigos selecionados sendo: três do Brasil, um da Austrália, um do Canadá, um da Coreia, um dos Estados Unidos e um do Irã.

Assim, a promoção da saúde familiar aparece em diferentes cenários na prática de enfermagem, e os estudos apontaram diferentes participantes como: mães (em dois estudos), sendo um com mães coreanas Cha (2010), e outro com mães de origem canadense e americana Kushner (2007); mães e familiares (um), Reidel *et al.* (2014); crianças e familiares (um), Grippo e Fracoli (2008); crianças, familiares e estudantes de enfermagem (um) Goddard, Mackey e Davidson, (2010); adolescentes e familiares (dois), Ferreira *et al.* (2013) e Wright *et al.* (2013); adultos dependentes de metanfetamina e familiares (um) Ghasemiel *et al.* (2014); idosos e familiares (um) (ROCHA; NOGUEIRA; CESARIO, 2010).

Quanto aos aspectos metodológicos adotados nas pesquisas, considerando tanto a abordagem quantitativa, como a qualitativa, foi possível perceber o panorama descrito a seguir:

Dentre os estudos quantitativos, o estudo americano de Wright *et al.* (2013) utilizou um grupo controle com adolescentes e seus familiares para avaliar o impacto de um programa de saúde escolar coordenado e dirigido por enfermeiro para melhorar comportamentos de atividade física e reduzir o índice de massa corporal entre crianças.

Cha (2010) realizou sua pesquisa com 140 “mães gansos” coreanas (termo utilizado para as mães que migram para outros países

por um período de tempo prolongado para promover educação aos seus filhos, porém seguem casadas com seus esposos que ainda residem na Coreia) na qual foram analisados seus comportamentos de promoção da saúde na área da América do Norte. Utilizou-se para coleta um questionário demográfico criado pelo autor e a *Health Promotion Lifestyle Profile* (HPLP) que mede as frequências dos comportamentos de promoção da saúde em seis áreas: autorrealização, responsabilidade para saúde, atividade física, nutrição, relação interpessoal, e gestão do stress (CHA, 2010).

O ensaio clínico randomizado de Ghasemiet *et al.* (2014), realizado com Usuários de metanfetamina em recuperação e membros da família, utilizou para sua coleta de dados o Modelo de Promoção da Saúde de Pender (PHPM) e o Modelo de Empoderamento centrado na Família (FCEM).

Dentre os estudos qualitativos, a pesquisa de Kushner (2007), que trabalhou com análise dos significados da saúde familiar e da saúde pessoal de mães empregadas, utilizou como referencial teórico metodológico a estratégia de Triangulação Teórica da Teoria Crítica, Feminismo e Interacionismo Simbólico de Kushner e Morrow.

O estudo de Rocha, Nogueira e Cesario (2009), que abordou famílias de pessoas com mais de 70 anos, com objetivo de compreender a vida das pessoas idosas e suas famílias, e explorar possibilidades de cuidado tendo em vista a promoção da saúde, utilizou como instrumento de coleta de dados o genograma, para conhecer as famílias e suas interações e o eco mapa, para conhecer o contexto das relações familiares com a comunidade e os pontos fortes delas com as organizações e instituições (ROCHA; NOGUEIRA; CESARIO, 2010).

Goddard, Mackey e Davidson (2010) realizaram a pesquisa - ação para desenvolver uma intervenção de promoção de saúde da família para melhorar a saúde e o bem-estar dos membros da família e reduzir o risco para a doença. Já a pesquisa de Ferreira *et al.* (2013) trabalhou com um grupo de vivências de adolescentes e seus familiares, abordando práticas de promoção da saúde, como exemplo, peças teatrais.

Ao trabalhar com mães primigestas, Reidet *et al.* (2014) utilizaram para coleta de dados as “conversas familiares” para explorar o impacto potencial que a rede social de amigos e familiares de mães primigestas tem sobre a experiência de parentalidade e introdução da alimentação infantil.

Dentre os estudos caracterizados como quantitativos e qualitativos, encontramos a pesquisa de Grippo e Fraccolli (2008), que trabalhou com crianças de 0 a 59 meses e seus familiares, tendo como objetivos: contribuir na avaliação da efetividade da Cartilha: “Toda Hora é Hora de Cuidar”; analisar a percepção dos familiares sobre os temas discutidos pela cartilha; identificar a aceitação da cartilha pela população atendida; caracterizar a compreensão pelos familiares sobre os conceitos que subjazem os temas das Cartilhas. Este estudo utilizou para coleta de dados um formulário com perguntas abertas para análise qualitativa, e perguntas fechadas para a análise quantitativa, adotando ainda o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS para organização e análise dos dados.

A Promoção da Saúde familiar vem sendo trabalhada com os diferentes atores envolvidos no processo do cuidado da APS, na perspectiva de informar as pessoas para terem uma melhor saúde familiar, através de um processo interativo que valoriza a individualidade dos sujeitos (GODDARD; MACKEY; DAVIDSON, 2010). Ela também busca resgatar as dimensões da promoção da saúde vividas no dia a dia da família como a cultura, os fatores sociais, as atividades que envolvem mudança de comportamento como atividade física e nutrição, além das relações interpessoais, apontando quão complexo e variado são os cuidados para a promoção da saúde (CHA, 2010).

Deste modo, no estudo de Kushner (2007) para um grupo de mulheres, mães, e com vínculo empregatício, a Promoção da Saúde da família envolve ações de saúde para cuidar de seus filhos, cuidar da família como um grupo, e cuidar de si a partir das experiências do seu dia a dia e da construção e manutenção de rotinas. Assim, a Promoção da Saúde da família se dá no contexto da vida cotidiana, sendo uma forma de viver que engloba oportunidades contínuas e enfrentamento no dia a dia.

O envolvimento das famílias nos processos construtivos das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, por meio de seu empoderamento, facilita o seu aprendizado, sendo que precisam ser incentivados e incorporados nas rotinas dos serviços, ressaltando que para trabalhar com promoção da saúde “é preciso adoção de atitudes positivas pela sociedade, e nessa linha de raciocínio, a literatura advoga o *empowerment* em saúde” (GRIPPO; FRACOLLI, 2008, p. 431),

considerando a adoção de intervenções eficazes para solucionar os problemas de saúde pública.

Observamos que o cuidado para a Promoção da Saúde perpassa todos os estágios do ciclo de vida familiar, considerando a qualidade da assistência oferecida para cada grupo, na qual a participação do familiar nas atividades desenvolvidas pela enfermagem mostra-se positiva como, por exemplo, a adesão às consultas e aos tratamentos de doenças. Nestas situações, em que o familiar participa do processo, evidencia-se que se fortalecem as relações com o indivíduo que precisa do cuidado (GHASEMI *et al.*, 2014).

Vale também ressaltar que dos nove artigos analisados, apenas um define Promoção da Saúde, conforme a definição da União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (IUHPE), como o “processo que capacita comunidades, centrado na equidade, e considera essencial a participação da população nas ações de promoção à saúde, reconhecendo e potencializando o conhecimento desta comunidade” (GRIPPO; FRACOLLI, 2008, p. 431).

Porém, encontramos um artigo, cuja definição foi baseada em Bomar (2004), na qual a Promoção da Saúde da família é diferente de prevenção das doenças, ela é um conjunto de fatores com foco no aumento do bem-estar e qualidade de vida da família (ROCHA; NOGUEIRA; CESARIO, 2010).

Os demais estudos trazem apenas o termo Promoção da Saúde como essencial dentro das ações e cuidados de enfermagem, além de apontarem a Promoção da Saúde como uma estratégia para o cuidado à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Promoção da Saúde Familiar dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde é uma área emergente no Brasil e no mundo e vem ganhando espaço dentro das políticas públicas de saúde, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

A Revisão Integrativa apontou algumas críticas às normas e políticas de saúde no Brasil, assim como o método participativo como um modelo de ensino desejável, adequado e necessário na formação do enfermeiro de família. No entanto, são necessárias mais evidências científicas para conhecer e mostrar como vem sendo delineada a formação do enfermeiro de família, quais as ações de promoção da

saúde familiar são desenvolvidas no seu local de trabalho e como a família percebe esse processo de trabalho.

Este estudo mostra as possibilidades de métodos, com uma variedade de instrumentos disponíveis, tanto para as pesquisas quantitativas, como qualitativas para a investigação da promoção da saúde familiar.

Esta revisão integrativa indica que a produção do conhecimento sobre a Promoção da Saúde Familiar desenvolvida pela Enfermagem nos últimos 10 anos é limitada, ou seja, os estudos são escassos, somando apenas do 12 do total que atendem ao objetivo do estudo. A lacuna de produção na área existente entre 2004 e 2007, bem como a ausência de estudos realizados em outras regiões do Brasil, especialmente, nordeste e no sul, que tem uma tradição de trabalhos pioneiros e reconhecidos publicados na área da enfermagem familiar, nos trazem muitas indagações: esta lacuna seria devido a questões de indexação e de descritores inadequados e não reconhecidos? Ou a Promoção da Saúde da família efetivamente não está na pauta enquanto objeto dos estudos dos enfermeiros? Enfim, a temática da Promoção da Saúde da família no campo da produção do conhecimento, traduzindo uma prática da Enfermagem, está oculta, é insuficiente ou ainda é efetivamente inexistente em algumas realidades?

Finalmente, este estudo aponta que o cuidado para a Promoção da Saúde da família perpassa todas as fases do ciclo de vida familiar. Ressalta-se, que por meio do empoderamento das famílias, podemos construir um melhor aprendizado com ações positivas que se traduzam numa afetiva e, portanto, efetiva Promoção da saúde familiar. Assim, a enfermagem precisa incentivar e incorporar tais atitudes no seu cotidiano junto às famílias, assumindo o seu papel de protagonista, no cuidado para a promoção da saúde familiar.

REFERÊNCIAS

BOMAR P. J. *Introduction to family health nurse and promoting family health. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Promoting health in families. 2004. Applying family research an Theory to nursing practice. Philadelphia, PA, p. 3 – 37.*

BRYKCZYNSKI, K. A. *Teachers as researchers: a narrative pedagogical approach to transforming a graduate family and health*

promotion course. 2012. v. 33; n. 4; p. 224 – 228. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e7a0a8c1720d-48c7-910a-391b142e85f5%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4208>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CHA, C. *Health promotion and related factors among korean goose mothers*. 2010. ***Asian Nursing Research***. 2010. v. 4; n. 4, p. 205–215. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131711600054>. Acesso em: 06 jan. 2016.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **RevEscEnferm USP**, 2006; n. 40; v. 4; p. 533-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41576/45177>. Acesso em: 13 jan. 2016.

FERREIRA, J. A. R., et al. Experience of adolescents in an activity of health promotion. **Rev. bras. enferm.** 2013. v. 66; n. 4; p. 611 – 614. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a23.pdf>. Acessado em: 11 jan. 2016.

GHASEMI, AFSANEH *et al.* *Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life Quality of Methamphetamine Users and Their Families: A Randomized Clinical Trial*. ***IranianRedCrescent Medical Journal***. 2014; n. 16; v. 11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329963/> Acesso em: 15 jan. 2016.

GODDARD, L., MACKEY, S., DAVIDSON, P. M. *Functional clinical placements: a driver for change*. ***Nurse Education Today***. 2010. v. 30; p. 398 – 404. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691709001865>. Acesso em: 05 jan. 2016.

GANOOG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987 feb; 10(1): 1-11.

GRIPPO, M. L., FRACOLLI, L. A. *Evaluation of an educational booklet about childcare promotion from the family's perception regarding health and citizenship. Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2008, v.42, n.3, p. 430 - 43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300003. Acesso em: 04 jan. 2016.

KUSHNER, K. E. *Meaning and action in employed mothers' health work. Journal of Family Nursing*. 2007, v. 13; n. 1; p 33-55. Disponível em: <http://jfn.sagepub.com/content/13/1/33.long>. Acessado em: 05 jan. 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acessado em: 04 dez. 2015.

REID, J. *et al.* 'Be our guest': challenges and benefits of using 'family conversations' to collect qualitative data about infant feeding and parenting. **Journal of Clinical Nursing**. 2014. v. 23. p. 2404-2413. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12224>. Acesso em: 06 jan. 2016.

ROCHA, S. M; NOGUEIRA, M. L.; CESARIO, M. *Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil. International Journal Older People Nursing*. 2009. v. 4; p. 288 - 298. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2009.00177.x/epdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011, v. 45; n. 5; p. 1250 - 1255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acessado em: 07 jan. 2016.

THOMPSON, L. *The role of nursing in governmentality, biopower and population health: family health nursing*. **Health & Place**. 2007; v. 14; n. 2008; p. 76 – 84. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829207000342>. Acessado em: 06 de jan de 2016.

WRIGHT, K. et al. *Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial*. **Int J Nurs Stud**. 2013. v. 50; n. 6; p. 727 - 737. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23021318>. Acesso em: 04 jan. 2015.

7. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O presente estudo teve como referencial teórico epistemo metodológico da micro sócio antropologia, ou seja, a Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, descrita pelo sociólogo francês Michel Maffesoli, adotando-se seus “pressupostos teóricos e da sensibilidade”, quando defende a razão sensível.

Para Maffesoli (2010, p. 19) a Sociologia deve àquilo que se mostra de imediato, sem prévia ou classificação, se deve à existência do cotidiano, da vida vivida, do anedótico ao trágico. O método compreensivo requer uma abordagem mais próxima de sua etimologia, que leva aos elementos de sua existência, *cum prehendere*: tomar junto, “tomar com” o que são as especificidades do “viver com”, do “viver junto” (MAFFESOLI, 2012, p. 23).

Diante nisto, entende-se que é preciso conhecer e compreender o cotidiano da pessoa e de sua família, os significados da promoção da saúde que perpassam as atividades que trabalham a temática na ESF, dentro de suas nuances, mergulhando no imaginário, a partir do olhar sensível e do vivido pelas famílias atendidas da ESF. Assim, considero que o referencial de Michel Maffesoli possa sustentar este trabalho, pois possibilita a compreensão do cotidiano, e do imaginário da promoção da saúde da família, acreditando que “tudo que tem nele, não tem nada para jogar fora”, tudo faz sentido (MAFFESOLI, 2010, p. 23), possibilitando olhar pelo olhar do outro sem perder seu próprio olhar, como nos fala Nitschke.

Uma aproximação com a Sociologia Compreensiva

O sociólogo francês Michel Maffesoli, nasceu em Graissessac, em 14 de novembro de 1944, discípulo de Gilbert Durand e Julien Freund, é professor de Sociologia da Universidade de Paris-Sorbonne Descartes e do Instituto Universitário da França. Em 1982, juntamente com Georges Balandier, fundou o *Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien* (CEAQ – Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano) e o Centro de Pesquisa sobre o Imaginário (CRI-MSH), os quais desenvolvem pesquisas voltadas às novas formas de sociabilidade e ao imaginário em suas várias nuances. Maffesoli é autor de vários livros sobre a sociologia do presente, entre os quais: *A Violência Totalitária* (1979), *A Conquista do Presente* (1984), *A Transfiguração do Político: a*

tribalização do Mundo (1992), A Contemplação do Mundo (1995), O Instante Eterno (2003), O Conhecimento Comum: introdução à sociologia compreensiva (2010), O Tempo Retorna (2012), Homo Erotikus (2014), entre outros. Ao longo de sua trajetória vem sendo contemplado com vários prêmios, entre eles, o Grande Prêmio de Ciências Humanas da Academia Francesa pelo seu livro “A Transfiguração do Político”, sendo também reconhecido como *Doutor Honoris Causa* em diferentes universidades do mundo, e, mais recentemente, na Universidad Autónoma del Estado de México – UAEM, em outubro de 2015 (CEAQ, 2015).

A Sociologia Compreensiva é utilizada como referencial teórico em várias pesquisas na área da enfermagem cuja temática seja compreender a vida cotidiana no seu entrelaçamento com o processo saúde-doença. Assim, é uma abordagem que “presta-se melhor à análise do cotidiano em saúde, e toda complexidade das relações que envolvem este contexto; pela capacidade de revelar o acaso, o inconcreto, o inesperado, o prazer profundo (...)” (PEREIRA, 2005, p. 318).

Minha aproximação com a Sociologia Compreensiva e do Quotidiano descrita por Michel Maffesoli, inicialmente, se deu enquanto bolsista de extensão do Projeto Ninho, com o cuidado às famílias em um núcleo de educação infantil, o que me levou a minha inserção no Núcleo de Pesquisas e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUIS-FAM-SC, no curso de graduação em Enfermagem e na Disciplina Processo de Viver Humano 1: Sociedade, Ambiente e Saúde, coordenados pela Professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke. Posteriormente, segui acompanhando as discussões e pesquisas desenvolvidas no grupo, passando por um processo de amadurecimento, despertando novas formas de pensar as relações sociais, mais especificamente, as relações familiares. Hoje, retorno ao estudo e emprego do referencial enquanto mestranda, pois acredito que suas sutilezas e significâncias enriquecem as pesquisas na área da saúde, possibilitando outro olhar para o cuidado complexo da enfermagem familiar.

Dentre vários autores que utilizaram esse referencial teórico na área da saúde, bem como suas noções, enquanto suporte para compreender os fenômenos do cotidiano e do imaginário, podemos citar as enfermeiras pioneiras Rezende (1990) e Nascimento (1993), seguidas de Penna (1996), Pereira (1999), Nitschke (1999), Ghiorzi

(2004), Fernandes e Araruna (2007), Nóbrega (2012), Carraro (2014), Michelin (2014) e Tholl (2015).

Michel Maffesoli, ao pensar a vida social em movimento cíclico que, por sua natureza, não pode ser compreendida de forma estática, utiliza metáforas, analogias, noções flexíveis, moventes, e provocativas para descrevê-la (THOLL, 2015). Logo, destacamos algumas noções desenvolvidas pelo autor que contribuem para compreensão do olhar da pessoa e família que vivenciam atividades de promoção da saúde, tais como: **pós-modernidade, cotidiano, teatralidade do cotidiano, imagem, imaginário.**

Maffesoli, ao contextualizar o movimento da modernidade para a pós-modernidade ressalta a existência do medo no conformismo metodológico e epistemológico na ciência, que Durkheim chamava de “conformismo lógico”, ao invés de instigarmos inovação, criar ideias e propostas prospectivas, optamos por continuar a gerir um *instituído* conhecido em vez de *instituinte* possivelmente perigoso (MAFFESOLI, 2012).

Este medo é reflexo do poder hegemônico pautado em ideias individuais e fragmentadas que não tem dado conta de explicar os fenômenos sociais, ao dividir sua abordagem em disciplinas separadas e exclusivas entre elas, chega-se a uma “vida social” de onde a própria vida está ausente, e “de imediato não consegue ver, não se sabe ver, recusa-se a ver o vivido” (MAFFESOLI, 2012, p.4).

A saturação da modernidade situa-se na década de 50, e o indício inaugural do movimento pós-moderno acontece nas artes arquitetônicas e do *design* que privilegia o retorno da ambiguidade e complexidade como elementos da natureza humana. A harmonia conflituosa da arte que valoriza a conjunção de coisas opostas, mestiçagem, diversidade, *patchwork* reencontra na “socialidade” pós-moderna, caracterizada como a potência social que tenta se exprimir, uma tentativa de reunir a arte e a ciência, garantir o diálogo entre os diferentes campos de saberes, resgatando o retorno do passado, suas raízes profundas, o terreno cultural de onde vieram, tornando o espaço social base da vida em comum para a produção de saberes sensíveis em prol da coletividade (MAFFESOLI, 2011, 2012; CANDA, 2010).

A **Pós-Modernidade**, ao expressar o contemporâneo, pode ser entendida como a dosagem sutil entre razão e emoção, descrevendo o contorno que vem de dentro, o movimento do viver heterogêneo e plural, a sinergia entre o arcaico e desenvolvimento tecnológico –

convivência dos diferentes. A força deste movimento é marcada pelo retorno das emoções esportivas, musicais, culturais, religiosas, ou políticas, que ocupam o espaço público com o sentimento de pertencimento tribal (comunitário), é o “instante eterno”, “o aqui e agora” (MAFFESOLI, 2012, 2010).

Para Maffesoli (2012, p.16) a vida cotidiana é a primeira característica da pós-modernidade, sendo o **Quotidiano** “os modos de vida, as maneiras de ser, de pensar, de se situar, de se comportar em relação aos outros e à natureza”. A partir dele existe a possibilidade de conhecer o que está por trás do instituído das políticas públicas de saúde e do olhar racional das ciências da saúde, compreendendo o processo saúde e doença a partir do imprevisível, do banal, das inconcretudes e subjetividades das ações das pessoas em seus ambientes de relações e imperfeições da vida em sociedade.

É neste viver cotidiano que a potência social tenta se manifestar, a partir da socialidade que reside num misto de sentimentos, paixão, imagens, diferenças que incitam a relativizar as certezas estabelecidas e a uma multiplicidade de experiências coletivas (NITSCHKE, 1995, p. 34). Para Maffesoli (1984) as relações sociais são cercadas pela **Teatralidade do Quotidiano**, expressões manifestadas como meio de proteção a partir da **duplicidade**, do **jogo duplo**, da **máscara**, da **astúcia** e do **cinismo**.

Para Nitschke (1995), ao mergulhar no cotidiano pós-moderno das famílias, tanto a **duplicidade**, como o **jogo duplo** e a **máscara**, se expressam na mesma teatralidade, que a **astúcia** e o **silêncio**, mostrando possíveis a resistência e a permanência da socialidade. Deste modo, a astúcia e o silêncio são meios de **existência** e de **resistência**, organicamente ligados à vida, permitindo a manutenção da identidade e do reconhecimento no espaço social (MAFFESOLI, 1984).

A sociologia da vida cotidiana de Michel Maffesoli também é centrada em teorias do imaginário, e seguindo as ideias de seu mestre Gilbert Durand, acredita que o **Imaginário** é uma força social de ordem espiritual, uma constituição mental, ambígua, perceptível, mas não palpável ou quantificável. O imaginário ultrapassa o indivíduo, e determina a existência do coletivo sendo também definido por Maffesoli como “o estado de espírito de um grupo, de um país, de um Estado-nação, de uma comunidade”, funcionando pela interação e pelo vínculo social (SILVA, 2001, p. 76).

É a partir da existência de um imaginário que se tem um conjunto de imagens. A **Imagem** é o mundo concentrado, uma cristalização do cosmo, em que sua capacidade de estar em todos os lugares da vida contemporânea é uma maneira de dizer “sim” a essa vida do aqui e agora (MAFFESOLI, 2012).

Pressupostos teóricos e da sensibilidade

Maffesoli, em seu livro “O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva” destaca cinco pressupostos teóricos e da sensibilidade, os quais serão descritos a seguir para nortear as discussões do estudo a partir dos objetivos propostos:

Crítica ao dualismo esquemático: Para Maffesoli (2010), é necessário que se tenha uma “dosagem sutil” entre erudição (crítica, razão) e paixão (sentimento, orgânico, imaginação) para ter uma visão “mais bem construída” ao avaliar um fenômeno.

O pensador, “aquele que diz o mundo”, não tem que prescindir, pois faz parte daquilo que descreve, ele pode ter uma visão de dentro, ou seja, uma intuição. Assim, para compreender o mundo visível, para perceber a vida cotidiana, é necessário estar alerta à forma interior, ao subsolo da vida, aos bastidores dessa vasta teatralidade que é a ação social (MAFFESOLI, 2010).

Este pressuposto mostra a possibilidade de compreender o sentido que os sujeitos da pesquisa atribuem às relações sociais, uma vez que no cotidiano e nas interações familiares está presente a dualidade, entre razão e sentimento, ou seja, o real e o irreal (MAFFESOLI, 2010).

A forma: É um processo formante e não formal. Maffesoli traz a noção do formismo, criticando a forma que limita o significado. O formismo descreve, de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana (MAFFESOLI, 2010).

De acordo com Maffesoli (2010), para distinguir relações causais reais, construímos relações causais irrealis, que remetem a uma das funções da forma: apreensão da imagem e da sua pregnância no corpo social.

A forma permite estar atento ao particular sem negligenciar os caracteres essenciais de dar conta de uma sociabilidade cada vez mais estruturada pela imagem, ou seja, ela estabelece a compreensão das crises, das mudanças, e das modulações que diz respeito à vida. Assim,

quando analisa o cotidiano, a violência, a burocracia, Maffesoli cria categorias paroxísticas que podem ser compreendidas como modulações da forma e compõem o fio condutor dessa reflexão epistemológica: o poder, a potência, o rito, a teatralidade, a duplicidade, o trágico (MAFFESOLI, 2010).

A sensibilidade relativista: “não há uma *Realidade* única, mas maneiras diferentes de concebê-la” (MAFFESOLI, 2010 p. 36). Desta forma, não existe novidades nas histórias humanas, presenciamos o retorno dos mesmos valores de modo cíclico, o que altera é a reflexão tecnicista (MAFFESOLI, 2010).

Uma pesquisa estilística: “Há um estilo do cotidiano, feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual se deve dar conta” (MAFFESOLI, 2010 p. 41). Assim, ressalta que esse estilismo é correlato de uma reflexão “formista” e é possível pensar uma sociologia que se estabeleça através de um feedback constante entre a forma e a empatia (MAFFESOLI, 2010).

Sugere ainda uma especificidade de linguagem, pois as palavras fazem parte da nossa instrumentação, a qual inclui o saber fazer ou saber dizer, sem perder o rigor científico e nem os diversos protagonistas sociais (MAFFESOLI, 2010).

Um pensamento libertário: Maffesoli faz uma crítica às diferentes escolas de pensamento. Para Meffesoli o pensamento libertário se apoia na noção de *tipicalidade*, onde existe certa interação estabelecida entre o observador e o seu objeto de estudo. “Há convivência; às vezes, cumplicidade; diríamos mesmo que se trata de empatia” (MAFFESOLI, 2010, p. 49). O pesquisador é também participante, sendo assim, ele pode apreender, ou pressentir, as sutilezas, as matizes, as discontinuidades desta ou daquela situação social (MAFFESOLI, 2010).

Assim, Maffesoli traz suas noções e pressupostos para serem trabalhados na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano despertando e inspirando as pesquisas na área da enfermagem por compreender o indivíduo em sua totalidade e acreditando que há algo a mais, além dos números, das políticas e do instituído que quando equilibramos esses sentidos é possível compreender o fenômeno.

8. METODOLOGIA

A metodologia refere-se “às regras e aos procedimentos estabelecidos para o método científico” (RICHARDISON *et al.*, 2007, p. 22). De acordo com Minayo (2012), a definição da metodologia requer cuidado e dedicação do pesquisador, além de indicar as conexões e leitura operacional que este faz do quadro teórico de seus objetos de estudo.

8.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa por ter a intenção de mostrar a complexidade da vida humana, a partir, de um olhar sensível sobre suas crenças, relações, hábitos, valores e percepções, possibilitando descrever, analisar, interpretar, enfim compreender o universo das famílias que participam de um grupo de Promoção da Saúde na unidade de AP do Jardim Esperança, município de Itajaí, no estado de SC, Brasil.

Vários são os autores que fundamentam a abordagem qualitativa, entre eles está Minayo que a resgata como uma pesquisa que:

(...) trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano não se distingue só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2012, p. 21).

Reafirmando o tipo de pesquisa escolhido para delinear o caminho a ser percorrido durante a realização desta proposta, destaca-se esta escolha torna-se pertinente já que a pesquisa descritiva procura “descrever uma situação social circunscrita” que através da precisão dos detalhes, fornecerá informações indispensáveis das famílias para o estudo. Enquanto a pesquisa exploratória, irá complementar o delineamento anterior através da exploração mais aprofundada, quando possibilitará um “familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações” (POUPART *et al.*, 2010, p. 130).

8.2. Local do Estudo

O cenário do estudo foi a área de abrangência da unidade de AP do Jardim Esperança, município de Itajaí, no estado de Santa Catarina (SC), no sul do Brasil. Trata-se de uma unidade de saúde pública que atende a comunidade do bairro Cordeiros, no âmbito da APS do município.

A escolha do local se deu inicialmente pela minha inserção enquanto enfermeira, na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica no município de Itajaí, possibilitando, assim, um olhar reflexivo no meu campo de prática que trabalha a temática da Promoção da Saúde da família.

Assim, para melhor compreender o cenário do estudo faz-se um breve relato das características sócio econômicas e culturais do município.

O município de Itajaí (SC) está localizado na foz do rio Itajaí Açu e pertence à região norte do estado de SC, no sul do Brasil. Localizado em uma região litorânea, possui um dos principais complexos portuários do país. Caracterizado por ter um pulsante desenvolvimento, preferido pela qualidade de vida, além de sua tradição pesqueira, centro turístico e abriga um dos principais centros universitários no estado (PREFEITURA DE ITAJAÍ, 2014).

A população é de origem portuguesa e, atualmente, tem 183.373 habitantes com estimativa de 201.557 habitantes em 2014. Deste total, 94,6% residem na zona urbana, com uma taxa média de crescimento populacional da ordem de 2,43% ao ano no período de 2000 a 2010 (SERVIÇO DE APOIO ÀS MICROS E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE/SC, 2013).

Quanto à estrutura etária da população do município, em 2010, os jovens (0 a 19 anos), representavam 31,1% da população, os adultos (20 a 59 anos) 60,0% e os idosos (60 anos em diante) 8,9%. O município apresenta uma População Economicamente Ativa (PEA), ou seja, são 103.605 mil pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego, 56,5%, no ano de 2010, ressaltando-se também um aumento nas idades mais avançadas (SERVIÇO DE APOIO ÀS MICROS E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE/SC, 2013).

Cabe destacar que o município de Itajaí apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,825 em 2010, representando a posição 45º de todo estado, sendo importante também

salientar que acumulou uma evolução positiva de 60,51% no período de 1970 a 2000 nas dimensões avaliadas (educação, longevidade e renda). Portanto, o município segue acima na média do país que foi de 0,766 em 2010 (SERVIÇO DE APOIO ÀS MICROS E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE/SC, 2013).

Sua expectativa de vida ao nascer é 73,18 anos, com último registro datado em 2000, sendo que no Brasil, em 2010 era de 70,40 anos. No ano de 2011, a sua taxa de natalidade foi de 15,5 nascidos vivos por mil habitantes, apresentando um decréscimo de 0,93% entre 2007 a 2010, o que aponta um percentual equivalente do país que foi um decréscimo de 4,82% no mesmo período (SERVIÇO DE APOIO ÀS MICROS E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE/SC, 2013).

Ressalta-se que, no ano de 2013, o município de Itajaí teve uma das maiores taxas de mortalidade infantil do estado de SC, 17,6 óbitos para cada 1000 nascimentos, comparados à taxa do estado de 9,2 óbitos para 1000 nascidos, no mesmo ano. Porém, o município tem trabalhado com diversas ações voltadas à saúde da criança e, em 2014, apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 10 óbitos para cada 1000 nascimentos, reduzindo em 43,2% em relação ao ano anterior (PREFEITURA DE ITAJAÍ, 2015).

Segundo o SEBRAE (2010), existiam 2.670 profissionais da saúde trabalhando no município. As unidades de atendimento à população somam 33, significando 13 serviços de referência especializada e 20 unidades de AP que trabalham com 49 equipes da ESF (PREFEITURA DE ITAJAÍ, 2015).

As equipes da ESF tem por objetivo acompanhar as famílias dentro de suas próprias residências, realizando ações de promoção da saúde, diagnosticando, tratando e prevenindo doenças para melhorar a saúde e qualidade de vida de toda comunidade (PREFEITURA DE ITAJAÍ, 2015).

A unidade do Jardim Esperança, localizada no bairro Cordeiros, atende uma média de 20 mil habitantes e uma média de 5 mil famílias. Hoje tem quatro equipes da ESF, composta cada uma por enfermeira, médico, técnico de enfermagem, ACS e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal, além de receber o matriciamento de uma equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por um psicólogo, um fonoaudiólogo, um educador físico, um nutricionista, um terapeuta

ocupacional, um farmacêutico e um fisioterapeuta. O serviço realiza atendimento das 7:00 horas às 19:00 horas organizado em atendimentos classificados por demanda espontânea e consultas agendadas atentos para os princípios e diretrizes do SUS.

No meu dia a dia de trabalho, tenho observado alguns problemas socioculturais, demográficos e econômicos que a população apresenta, como: população jovem ociosa, gravidez não planejada, baixa escolaridade, baixa renda, desemprego, problemas de saúde mental, uso abusivo de drogas, populações que migram de diversas regiões do país e do exterior, especialmente emigrantes haitianos. Além disto, evidenciamos o fato de a área de abrangência da UBS possuir poucos espaços de lazer como parques, praças e ciclovias e não ter um Conselho Local de Saúde.

Diante deste contexto, existe uma grande preocupação com o cuidado que os profissionais de saúde conseguem prestar às pessoas, famílias e comunidade, pois, atualmente, o número da população atual é cerca de 4.500 pessoas por equipe excedendo o preconizado pelo MS que é de 4.000 pessoas por equipe de ESF, o que dificulta e reflete negativamente na assistência realizada.

Tais dificuldades se mostram em um modelo de atenção à saúde fragmentado que se contrapõe aos princípios da equidade, da integralidade e da universalidade do acesso. O trabalho é focado no cuidado individual e no cuidado programado como consultas médicas e de enfermagem, conforme o grande número de demanda com queixa aguda. Assim, os profissionais relatam pouco tempo e dificuldade para estruturar atividades coletivas.

As atividades de Promoção da Saúde desenvolvidas na unidade do Jardim Esperança têm sido pontuais e sem seguimento. Porém, no espaço externo é desenvolvido o Programa Itajaí Ativo que existe desde 2006, enfocando a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, utilizando práticas corporais orientadas por profissionais de Educação Física e ações de educação em saúde e lazer, em parceria com a Academia da Saúde do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde com os profissionais do NASF.

Além das práticas corporais, o Programa Itajaí Ativo realiza atividades de lazer, como passeios a pontos turísticos e eventos culturais da região, momentos de convivência entre os participantes de outros bairros, brincadeiras recreativas durante as atividades, além de aulas de artesanato por iniciativa dos próprios participantes. Assim, o Programa

Itajaí Ativo foi sugerido como integrante do cenário para a pesquisa, por contemplar a proposta do estudo.

8.3. Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo 19 famílias do total de 25 pessoas que integram o grupo no período matutino do Programa Itajaí Ativo na área de abrangência da unidade de AP do Jardim Esperança, até o momento da pesquisa.

Os participantes receberam o convite da pesquisadora, pessoalmente, após minha inserção no grupo por um período de dois meses, caracterizando como o período de entrada no campo. A pesquisa foi realizada adotando como critérios de inclusão e exclusão:

Crítérios de inclusão

- Famílias cujos membros participam das atividades da unidade de AP que tem aproximação com a temática da Promoção da Saúde no período do estudo;
- Famílias cujos integrantes se consideram como tal e ou como parte de uma família;
- Famílias que concordem em participar da pesquisa.
- As famílias poderão ser representadas por um dos seus membros, como informante para a coleta de dados.

Crítério de exclusão

- Membros representantes das famílias menores de 18 anos;
- Famílias com desistência e não inclusão das atividades desenvolvidas pela ESF que têm aproximação da temática da Promoção da Saúde.

O número final de participantes foi definido pelo critério de saturação de dados, ou seja, operacionalmente foi definido quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado por isso relevante persistir na coleta de dados, pois não contribui significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica e cumprimento de objetivos propostos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Perfil dos participantes

Dentre os 19 participantes da pesquisa, houve a participação de apenas um homem, podendo ser observada a prevalência das mulheres no grupo. A média da idade dos participantes foi de 57 anos. Do total de participantes, 12 são do lar, 4 são aposentados, 1 Agente Comunitária de Saúde, 1 Faxineira e 1 Marceneiro, apontando maior prevalência de pessoas com disponibilidade de horário para a realização das atividades. A média de tempo de frequência dos participantes da pesquisa como usuário na unidade de saúde é de 11 anos, período que a ESF já estava atuando nas unidades.

Em relação à posição familiar que os participantes ocupam, a resposta foi variada, 7 apontam ser mãe, 2 Avó, 2 Mãe e Avó, 2 Mãe, Avó e Bisavó, 1 Avó e Bisavó, 1 Chefe, Mãe, Pai e avó, 1 Chefe, Mãe e Avó, 1 Filha, 1 Marido, 1 Chefe, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Familiares	Idade	Sexo	Posição Familiar	Profissão	Tempo que frequenta a unidade de saúde
Grupo 1	45 anos	F	Mãe	Do lar	4 anos
	69 anos	F	Mãe, avó, bisavó	Do lar	6 anos
	61 anos	F	Avó	Do lar	5 anos
	55 anos	F	Avó	Do lar	4 anos
	81 anos	F	Avó, bisavó	Do lar	9 anos
	62 anos	F	Mãe, avó	Do lar	4 anos
	35 anos	F	Mãe	Agente Comunitária de Saúde	20 anos
	37	F	Filha	Faxineira	4 anos

	anos				
Grupo 2	55 anos	M	Marido	Marceneiro	55 anos
	63 anos	F	Mãe	Do lar	8 anos
	62 anos	F	Chefe Mãe e avó	Do lar	20 anos
	69 anos	F	Mãe e avó	Aposentada	2 anos
	36 anos	F	Mãe	Do lar	10 anos
	63 anos	F	Chefe Mãe, pai e avó	Do lar	42 anos
	48 anos	F	Mãe	Aposentada	1 ano
Grupo 3	73 anos	F	Mãe, avó e bisavó	Do lar	2 anos
	64 anos	F	Chefe	Do lar	3 anos
	57 anos	F	Mãe	Aposentada	20 anos
	50 anos	F	Mãe	Aposentada	10 anos

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

8.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2015, após a minha participação inicial, caracterizando entrada no campo, nas atividades do grupo por um período de dois meses.

Este momento de inserção no grupo foi pensado como possibilidade de conhecer como as atividades são desenvolvidas e ter uma melhor e maior participação das pessoas na pesquisa. Portanto, a experiência de “estar com” os sujeitos da pesquisa foi um momento de intensa observação, além de me sentir parte daquele grupo ao realizar semanalmente as mesmas atividades e compartilhar experiências diárias, possibilitando maior empatia e conhecimento do que é “estar ali”, o que

também contribuiu não só para a coleta de dados, mas também para todo o processo de análise do estudo.

Após este momento, a coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas grupais com perguntas abertas (APÊNDICE A), adotando-se a estratégia de oficinas baseadas no Projeto Ninho (NISTSCHKE, 1999), após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

As oficinas foram guiadas por um roteiro semiestruturado que possibilita ao entrevistador, quando achar oportuno, fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista. Ela tem como vantagem uma cobertura mais profunda sobre determinado assunto, a partir da elasticidade quanto à duração da entrevista, além da interação entre entrevistado e entrevistador que favorece as respostas espontâneas e abertura para trazer assuntos mais precisos e aprofundados. Assim, também colabora para a investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos participantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMO, 2005).

Cada oficina foi realizada na UBS do Jardim Esperança, organizada em três grupos de 5 a 6 pessoas cada grupo, sendo que a divisão dos grupos teve como objetivo de possibilitar maior diálogo e participação de todos os participantes, com duração de aproximadamente uma hora e meia cada grupo.

A oficina teve como fio condutor as seguintes questões norteadoras:

- **O que é Promoção da Saúde para você?**
- **O que é Promoção da Saúde da família?**
- **Como você percebe a Promoção da Saúde no dia a dia da sua família?**

A coleta de dados, adotando-se a estratégia de oficina, possibilita um momento interativo e recreativo para as pessoas, tornando a entrevista semiestruturada mais dinâmica, e segundo Nitschke (1999, p. 79), “pode ser compreendida como um processo de interação entre um grupo de pessoas, onde todos trocam experiências, sendo mestres aprendizes”.

Esta estratégia metodológica, baseada no estudo de Nitschke (1999), e validada nos estudos de Tholl (2002), Souza (2008), Nóbrega (2012), Michelin (2014) e Tholl (2015), apresenta quatro momentos:

- *Relaxamento de Acolhimento*: momento em que se preparou o ambiente, buscando torná-lo acolhedor, sendo, na sequência realizada uma técnica de relaxamento, fazendo um círculo para alongamento corporal com um fundo musical ao som dos índios norte americanos com a música *Yeha Noha (Wishes of Happiness and Prosperity)*.

- *Atividade Central*: Foi elaborada conforme a necessidade do grupo naquele momento (relaxar, refletir sobre sua saúde, fortalecer a união do grupo, melhorar a autoestima, etc.). Utilizaram-se as técnicas da massagem, pentáculo do bem-estar, desenhos e dinâmicas de autoajuda. Esta atividade foi elaborada previamente, no entanto, ela poderia ser modificada no dia a pedido dos participantes. Nesta etapa, foi o momento de se trabalhar com as questões norteadoras, iniciando-se uma discussão.

- *Conjunção*: foi o momento onde se realizou uma reflexão, integrando as respostas às questões norteadoras. Assim, a partir da discussão a respeito do que foi trabalhado durante a atividade central, busca-se uma integração, uma conjunção entre as diferentes perspectivas dos participantes.

- *Avaliação*: neste momento, os componentes do grupo, mantendo-se em círculo, expressaram sua percepção sobre a atividade, como se sentiram durante o encontro e como é possível trazer para o seu cotidiano aquilo que foi aprendido e discutido na oficina.

- *Relaxamento de despedida*: ao final, foi realizado um alongamento relaxante ao som novamente dos índios norte americanos com a música *Yeha Noha (Wishes of Happiness and Prosperity)*, seguido de um abraço coletivo.

Vale ressaltar que, na coleta de dados, não foi necessário o uso do eco mapa e genograma familiar que seriam instrumentos de suporte, pois as oficinas sustentaram o objetivo do trabalho.

8.5. Registro dos Dados

As entrevistas foram gravadas de modo digital e, posteriormente, transcritas na íntegra em formato *Word*. Logo após cada entrevista, foram feitas anotações para construção de Diários de Campo com intuito de auxiliar na interpretação dos dados. O modelo de registro utilizado

foi o de Nitschke (1999), que, inspirada por outros autores como Ludke e André (1986), propõe a seguinte maneira de elaborar um Diário de Campo, a saber: **Notas de Interação (NI)**, **Notas Metodológicas (NM)**, **Notas Teóricas (NT)** e **Notas Reflexivas (NR)**.

Nas **NI**, relataram-se as interações, contemplando a reconstrução de diálogos e entrevistas; a descrição dos locais, eventos especiais e atividades; a descrição dos sujeitos com o comportamento dos observados e do observador, entre outros aspectos. Nas **NM**, descreveram-se os aspectos referentes às técnicas e métodos utilizados, problemas detectados na coleta de dados e como resolvê-los, além de decisões sobre rumos a serem tomados. Já nas **NT** foram relatadas reflexões sobre aspectos teóricos, ou seja, desenvolvimento de uma conversa constante entre o pesquisador, a realidade, os autores das referências, bem como aspectos discutidos em momentos teóricos. Finalmente, nas **NR**, foram registrados os sentimentos, ideias, percepções e reflexões do próprio investigador (NITSCHKE, 1999).

8.6. Organização e Análise dos Dados

Para organização dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti, concomitantemente com a técnica de análise e interpretação dos dados sugerida por Schatzman e Strauss. (1973).

O *software* Atlas.ti foi criado em 1993 e consiste em uma ferramenta para análise de dados qualitativos para facilitar o gerenciamento e interpretação dos mesmos. Inicialmente, o programa foi pensado para tratar dados referentes ao método da *Grounded Theory*, e, posteriormente, expandiu-se para distintas propostas metodológicas como, por exemplo, a análise de conteúdo (WALTER; BACH, 2009).

Segundo Schatzman & Strauss (1973, p. 109), a análise de dados é um trabalho do processo de pensamento no qual este se caracteriza por ser autoconsciente, sistemático, organizado e instrumental. Sugerem ainda que o pesquisador inicie a sua análise no começo do processo de investigação como uma estratégia analítica e que ocorra de forma simultânea e contínua, tanto para ajustar suas estratégias de observação, dando ênfase àquelas experiências as quais levam ao desenvolvimento de sua compreensão, quanto para exercer controle sobre suas ideias emergentes fazendo uso das Notas que o levará a "*checagem*" simultânea, tendo-se assim uma "*análise preliminar*".

Após apropriação dos dados e leitura exaustiva do material iniciou a construção gradual das codificações que, segundo Schatzman e Strauss (1973), é feita a partir da *descoberta de classes e suas ligações*, sendo "provavelmente a operação mais fundamental na análise qualitativa dos dados". Neste momento do processo, foram descobertas *classes* significativas de coisas, pessoas, eventos, bem como as *propriedades* que os caracterizam. Assim, nomearam classes e ligou-se uma a outra, numa primeira conjectura que expressa as *ligações*, continuando o processo até suas proposições formarem *conjuntos*, num sucessivo crescimento da densidade das ligações.

Por fim, neste processo de análise, foi encontrada a ligação-chave, ou seja, uma metáfora, modelo, esquema geral, padrão primordial, linha histórica. A partir disto, verificaram-se os rumos do trabalho, o “fechamento” do processo, como por exemplo: classes a procurar, classes a aperfeiçoar ou a articulação entre as classes (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973).

Na análise dos dados, sustentada por Schatzman e Strauss, e tendo como fio condutor o olhar à luz do referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, buscou-se conectar as ligações das classes e as ideias centrais criando categorias e subcategorias, agrupadas conforme o objetivo do estudo. Sendo assim, após análise exaustiva dos dados, a partir das oficinas e todos os instrumento de suporte, o estudo chegou à análise e discussão final trazendo suas conclusões e considerações conforme seu objetivo com elementos que pudessem ampliar e contribuir para a temática estudada.

8.7. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, e teve a aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFSC, observando-se as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do MS que preza pelas normas da bioética junto aos participantes (BRASIL, 2012). Teve seu parecer aprovado com nº 45932915.0.0000.0121, e declaração de aceite do local da pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí (ANEXO B).

Os participantes foram orientados acerca dos objetivos e métodos do estudo, assim como possíveis danos, riscos e os benefícios durante e após a coleta de dados. Foi garantido ao participante o direito de

interromper a entrevista a qualquer momento ou, mesmo, deixar de responder às perguntas, ou ainda desistir de participar do estudo.

Também foram assegurados, durante todo o processo da pesquisa, o anonimato e sigilo das informações fornecidas. Assim, estes foram garantidos pela pesquisadora mediante a leitura e a confidencialidade dos achados da pesquisa que se fez a partir de um sistema de codificação dos participantes. Os dados ficarão sob acesso restrito da pesquisadora principal por um período de cinco anos, não colocando em risco o anonimato dos participantes.

Além de todo processo que é preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do MS, procurei afirmar aos participantes a minha responsabilidade social, enquanto cidadã, enfermeira e pesquisadora, na luta por mais ações e contribuições de todas as esferas do governo para a promoção da saúde das pessoas, das famílias e da comunidade.

9. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados atendendo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, que estabelece os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem.

- **Manuscrito 1** – Revisão Integrativa de Literatura.
- **Manuscrito 2** - O Imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias na Atenção Primária.
- **Manuscrito 3** - O Imaginário da Promoção da Saúde da Família: olhar do familiar no contexto da Atenção Primária.

9.1 Manuscrito 2 – O Imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias na Atenção Primária..

Juliana Chaves Costa¹

Rosane Gonçalves Nitschke²

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Itajaí, Santa Catarina, sul do Brasil, à luz do referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, com objetivo de conhecer o imaginário da Promoção da Saúde a partir da percepção das famílias no cotidiano da Atenção Primária. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas grupais, adotando-se oficinas, junto a 19 participantes, com a seguinte questão norteadora: O que é Promoção da Saúde para você? Os dados foram organizados, utilizando-se o *software* Atlas.ti versão 6.1. A análise dos dados foi realizada de acordo com Schatzman e Strauss. Os resultados apontaram três categorias: Buscar saúde no cotidiano; Priorizar e Promover uma melhor qualidade de vida; e A Promoção da Saúde no cotidiano do SUS. O imaginário da Promoção da Saúde é compreendido como algo a ser alcançado pelas pessoas e se dá no cotidiano. Esta busca remete ao reducionismo por trazer a mudança de comportamento e não expandir as questões de saúde para além do setor saúde e um estilo de vida, não reconhecendo os Determinantes Sociais da Saúde como fatores de mudança. Em contrapartida, os participantes descrevem a vontade de se reunir e se manifestar em busca de seus direitos, enquanto cidadãos e usuários do SUS, mostrando o imaginário comunitário expresso na potência da ética da estética.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN-UFSC. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUISFAM-SC. E-mail: julianachavescosta@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem (PEN-UFSC-SORBONNE). Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC) - LEIFAMSC Coordenadora do Projeto Ninho. E-mail: rosanenitschke@gmail.com

Descritores: Atividades cotidianas, Enfermagem, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde surge como marco norteador das mudanças paradigmáticas do século XX após a Carta de Ottawa, no ano de 1986, por compreender saúde num contexto complexo e ter enquanto recursos condicionantes: Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, Ecossistema Estável, Recursos Sustentáveis, Justiça Social e Equidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Estudos iniciados por Frederick Engels e Rudolf Virchow, no século XIX, posteriormente reafirmado por Lalonde, em 1974, e mais recente por pesquisadores canadenses, destacam os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como a principal ferramenta para trabalhar os recursos condicionantes da saúde, sendo definidos como condições econômicas e sociais que moldam a saúde das pessoas, comunidades e territórios (ROOTMAN; O'NEILL, 2012).

Neste estudo, a Promoção da Saúde é definida como “processo de capacitação das pessoas, famílias e comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p.1), e têm os DSS como principais recursos para trabalhar a melhoria das condições de saúde das famílias para exercerem maior controle sobre elas.

No contexto brasileiro, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela luta da Reforma Sanitária e pela Constituição de 1988, deu-se início às principais mudanças nas concepções ampliadas de saúde na lógica da Promoção da Saúde, priorizando uma melhor qualidade de vida individual e coletiva (BRASIL, 2006a).

Criadas em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem na Saúde da Família (SF) sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação das intervenções de Promoção da Saúde, exercida no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), termo similar a Atenção Básica (AB) no Brasil, caracterizado como uma das portas de entrada para os serviços oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2006a, 2006b). Logo, é na APS integrada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se trabalham as

principais ações de Promoção da Saúde com foco nas pessoas, famílias e comunidades dos territórios de abrangência em que estão inseridas.

Enquanto Enfermeira Residente em Saúde da Família/Atenção Básica observo que a enfermagem tem desenvolvido um papel significativo no SUS, por ser o profissional que coordena as equipes de ESF e articula, com os demais profissionais, serviços, setores e comunidade, as principais ações e cuidados de Promoção da Saúde.

Para compreender o processo de cuidado para a Promoção da Saúde sintonizados em reais necessidades das pessoas, das famílias e das comunidades emergiu a necessidade de conhecer o imaginário da Promoção da Saúde, entendendo-se o imaginário este “mundo de significados, que são incorporados a imagens” (NITSCHKE, 1999, p. 46), junto das sutilezas do cotidiano, ou seja:

(...) a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expresso por suas interações, significados, crenças, valores, imagens e imaginário, desempenho de papéis, delineando assim o seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, ao longo do ciclo vital (NITSCHKE, 2007, p.3).

Acreditando ainda que, o real de cada um é também seu imaginário, sendo ele parte integrante de nossa vida (MAFFESOLI, 2011; NITSCHKE, 1999), o objetivo deste estudo é conhecer o imaginário da Promoção da Saúde a partir da percepção das famílias no cotidiano da Atenção Primária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado no referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, realizado na APS, no município de Itajaí, Santa Catarina, no sul do Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Prefeitura Municipal de Itajaí, sob o protocolo de nº 45932915.0.0000.0121. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), preconizado pela

Resolução 466/Conselho Nacional de Saúde do MS de 2012 (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram 19 pessoas representantes do seu núcleo familiar, maior de dezoito anos integrantes do grupo Itajaí Ativo que realiza atividades de Promoção da Saúde na área de abrangência da referida unidade de saúde e que aceitaram participar da pesquisa.

Do total de 19 participantes, 18 mulheres e um homem, na faixa etária entre 35 e 81 anos. Do total de participantes, no que se refere à ocupação e profissão, 12 pessoas se identificaram sendo do lar, quatro são aposentados, uma é agente comunitária de Saúde, uma faxineira e um marceneiro, apontando maior prevalência de pessoas com disponibilidade de horário para a realização das atividades. A média de tempo dos participantes como usuários na unidade de saúde foi 11 anos, período que a ESF já estava atuando no município. Em relação à posição familiar que os participantes ocupam, identificou-se que sete são mães; duas são avós; duas são mães e avós simultaneamente; duas são mães, avós e bisavós; uma avó e bisavó; um chefe da família, Mãe, Pai e avó; um chefe de família, sendo mãe e avó; uma filha; um marido chefe de família. Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com nome de flores.

A coleta de dados foi realizada de agosto a novembro de 2015, após um período de dois meses da participação nas atividades do grupo, caracterizando a entrada no campo. Ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas grupais, adotando-se a estratégia de oficinas do Projeto Ninho², baseado no estudo de Nitschke (1999), as quais são divididas

¹Projeto de extensão, vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUIS-FAM-SC, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina. Criado em 1995, sob a Coordenação da Professora Rosane Gonçalves Nitschke, tendo a parceria do GAPEFAM, o projeto traz como objetivo geral cuidar interdisciplinarmente da saúde das famílias, em uma perspectiva compreensivo interacionista e da micro sócio antropologia. A metodologia utilizada expressa-se na criação de um espaço alternativo, onde as famílias possam refletir sobre o ser saudável no cotidiano, através de oficinas, além de reuniões, consultas de enfermagem e interconsultas junto a outros profissionais (FERNANDES; ALVES; NITSCHKE, 2008).

em quatro momentos: Relaxamento de Acolhimento, Atividade Central, Conjunção e Relaxamento de despedida.

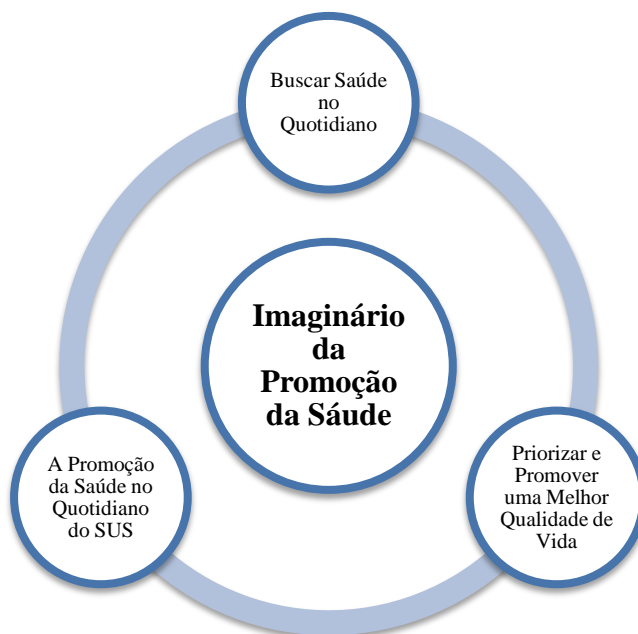
O registro dos dados foi realizado por meio de anotações feitas após cada entrevista para construção de Diário de Campo baseado nos estudos de Nitschke (1999). As entrevistas, cuja questão norteadora foi “O que é Promoção da Saúde para você?”, foram gravadas em modo digital e transcritas na íntegra em formato Word.

Após o registro, as entrevistas foram organizadas e categorizadas pelo *software* Atlas.ti versão 6.1, concomitante com a análise e interpretação dos dados sugerida por Schatzman e Strauss (1973), à luz do referencial teórico. Neste momento, buscou-se, após leitura exaustiva dos dados, a ligação das classes e ideias centrais, agrupando-as e criando suas categorias: **Buscar saúde no cotidiano; Priorizar e Promover uma melhor qualidade de vida; e A Promoção da Saúde no cotidiano SUS.**

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As três categorias que emergiram no processo de análise: **Buscar saúde no cotidiano; Priorizar e Promover uma melhor qualidade de vida; e A Promoção da Saúde no cotidiano do SUS,** são apresentadas na figura 1, a seguir:

Figura 1 - Apresentação gráfica das categorias sobre o Imaginário da Promoção da Saúde.



Fonte: elaborada pela autora, 2016.

Buscar Saúde no Quotidiano

A Promoção da Saúde mostrou-se como um *buscar saúde no cotidiano*.

O **buscar** foi apresentando em vários momentos nas falas das pessoas e perpassou por outras categorias como algo significativo para a Promoção da Saúde, conforme os relatos:

*“Eu acho que é **buscar** de várias formas que a gente tenha uma saúde melhor. Não só na questão do posto, mas a gente **buscar** no próprio **dia a dia**. É fazer uma caminhada, pensar coisas boas, ter contato com outras pessoas, porque acho que isso é o que convém mais. A união das pessoas, o conviver com as pessoas, porque a gente sozinho não é ninguém.” (Violeta).*

Nesta fala, a Promoção da Saúde é algo a se buscar, de várias formas para que as famílias tenham uma saúde melhor. Esta busca vai além das questões que envolvem os serviços de saúde, e ela se dá no próprio dia a dia. Ela também vai ao encontro da noção de saúde ampliada que se tem trabalhado na perspectiva da Promoção da Saúde, na qual saúde é, antes de tudo, um fim, é um objetivo que se remaneja sem cessar, (DEJOURS *et al.*, 1993), sendo, antes de tudo, a Imagem Objetivo deste grupo, ou seja, um sonho a ser alcançado (ROS; SOUZA, 2006).

Neste cenário, a **busca** pela saúde se dá no sentido mais simples da vida e, ao mesmo tempo, complexo, que é o cotidiano, “*os modos de vida, as maneiras de ser, de pensar, de se situar, de se comportar em relação aos outros e à natureza*” (MAFFESOLI, 2012, p. 6). O mesmo autor refere que a especificidade da vida cotidiana é o aspecto experimental, e que tal experiência pode ser atribuída à “razão sensível” (a razão ligada à emoção) como análise da socialidade³, que é marcada pela pluralidade dos aspectos da vida social e do pluralismo das abordagens desses aspectos (MAFFESOLI, 2004).

Souza (2008) reforça essa noção ao afirmar que o cotidiano é onde as pessoas mostram seus estilos de vida, seus pensamentos, sua ética com base nas experiências e nas tribos às quais pertencem, indo ao encontro da fala que é mencionada na qual o buscar a saúde no cotidiano se dá a partir de “uma caminhada, pensar coisas boas, ter contato com pessoas, a união das pessoas, porque é isso que convém mais”, remetendo a Promoção da Saúde como a maneira de viver que se expressa no dia a dia.

Para Maffesoli (2013), o imaginário em que mergulha a socialidade contemporânea se vive no cotidiano, e é neste cotidiano anódino, frívolo, o que *a priori* não é levado em consideração pelas instituições, que se constrói o terreno no qual podem crescer e se fortalecer as novas maneiras de ser e pensar, o que ele chama de *potência societal*.

Esses gestos que se manifestam no cotidiano decorrem de um

³Socialidade é a maneira mais holística de estar junto, ou seja, que integra parâmetros humanos que haviam sido deixados de lado pela modernidade. A tríade entre lúdico, onírico e imaginário (MAFFESOLI, 2010, p. 46).

estar junto a partir das relações e das interações, que remetem à *ética da estética*, ou seja, do sentir juntos, e da *solidariedade orgânica*, que surge do próprio ser humano. Assim, para Maffesoli a interação que é da ordem do querer compartilhar, do ser preciso, enfatiza a potência, que expressa toda a cooperação e a libertação que é da própria natureza humana (MICHELIN, 2014).

Em outro momento, quando se indaga o que é Promoção da Saúde, aparece o significado de saúde:

*“Saúde para mim começa pela higiene em casa. Uma boa limpeza de banheiro, é um banho adequado, ou a comida sempre tampada, evitando mosca, tudo cobertinho (...) é uma composição de muitas coisas que a gente pode **buscar** e, às vezes, está dentro da saúde e a pessoa não percebe.” (Bromélia).*

Neste relato, quando é questionado o que é a promoção da saúde, a pessoa remete-nos a uma noção de saúde, expressando o Modelo Higienista. Esta perspectiva, egressa do século XIX suscita a mudança dos hábitos de higiene enquanto normas, e recomendações para obter saúde, sem considerar os Determinantes Sociais de Saúde que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, simplificando o processo saúde e doença como fenômeno intrínseco ao biológico (BUSS; FILHO, 2007; NÓBREGA, 2013).

Entretanto, respaldando esta análise, os estudos de Budó *et al.* (2014) e Ferttonani e Pires (2011), sobre a percepção dos usuários da ESF acerca de suas concepções de saúde, mostram que a saúde não é apenas a ausência de doenças, é condição para manutenção da vida, resultante da interação de fatores, de condições e hábitos de vida, sendo influenciada pela ocupação e pelas interações cotidianas e sociais, opondo-se a visão biologicista.

O imaginário dos participantes deste estudo nos aponta um movimento de aproximação e distanciamento ao significarem Promoção da Saúde e Saúde:

*“(...) a saúde eu vejo como **buscar** a saúde. Como eu, eu não tenho saúde. E promoção é uma coisa que eu vou **buscar** para melhorar a minha saúde. As palestras que tem aqui, eu participo, que eu*

*vou entender melhor. E a saúde eu tenho que **buscar** em casa; em casa eu tenho que tomar meu medicamento no horário certo, me alimentar adequadamente. E promoção **tudo que você vai**, “ah hoje tem uma palestra lá” aquilo ali é uma promoção; eu vou lá aprender mais, buscar entendimento.” (Bromélia).*

Nesta fala, a palavra **promoção**, originada do latim *promotio, onis*, promoção, ato ou efeito de promover, é mencionada como algo positivo a se buscar para melhorar a saúde, algo que vem de fora, externo, sendo ligado à educação, a aprender, como por exemplo, as palestras na unidade de saúde. Porém a saúde que se “busca em casa” é mencionada dentro de uma noção do modelo reducionista, apontando apenas a mudança de comportamento, respaldada pela força do instituído imposta pela sociedade, da lógica do “dever ser”.

A busca para melhorar a saúde, a partir da participação das pessoas em atividades de Promoção da Saúde, é apoiada nos campos de ação da Carta de Ottawa caracterizados como **desenvolvimento de habilidades pessoais**, bem como de **participação popular**. O desenvolvimento de habilidades pessoais apoia tanto a dimensão pessoal quanto social através da divulgação, informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais para que as pessoas tenham mais opções de escolha e controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Assim, torna-se um recurso para trabalhar a saúde das pessoas, da família e da comunidade nos diversos espaços onde estão inseridas, inclusive na ESF, a partir de estratégias participativas, que vão além do modelo de educação tradicional, promovendo o diálogo, reflexão e consciência crítica para atuarem na melhoria de sua vida, ou seja, reforçando um pensamento libertário que nutra a potência de cada um.

Priorizar e promover uma melhor qualidade de vida

*“Promoção da saúde é tipo assim, **promover** ou **ter** uma melhor qualidade de vida. É o que **prioriza**. **Priorizar** uma melhor qualidade de vida. Pode ser com atividade física ou alimentação.” (Azaléia).*

“(...) Para não comer demais depois que faz a

atividade. Chegar em casa e não comer para controlar o peso”(Anís).

Também é mencionado que a Promoção da Saúde é vinculada à qualidade de vida. O ato de “promover, dar impulso ou pôr em execução” representa uma ação positiva para a Promoção da Saúde. E a prioridade do latim *prioritas*, primeiro, garantir prioridade, apontada também para melhorar a qualidade de vida vai ao encontro do conceito de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Porém como prioridade para se ter uma melhor qualidade de vida aparece limitada à atividade física, alimentação, o controle do peso, retomando o olhar reducionista restringindo à mudança de comportamento as questões que envolvem o processo de capacitação das pessoas para a Promoção da Saúde.

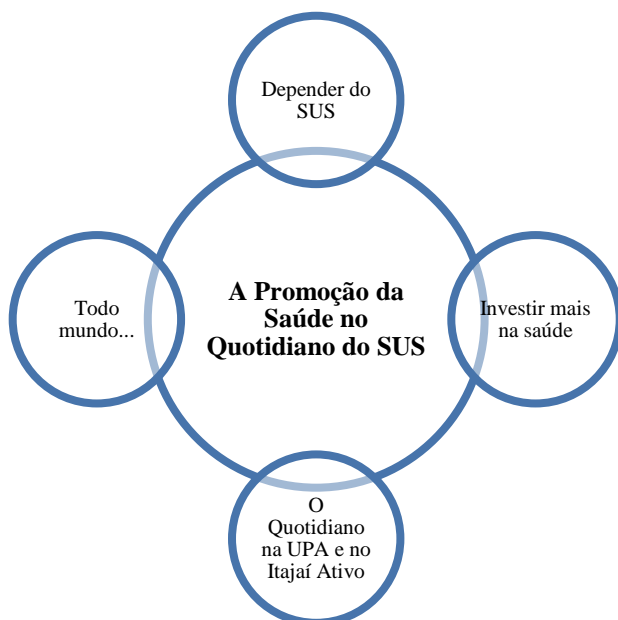
Segundo a Carta de Ottawa, o processo de capacitação tem como foco alcançar as equidades em saúde:

As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: **ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida**, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1).

A Promoção da Saúde no cotidiano do SUS

Durante a entrevista, os familiares remeteram às situações cotidianas para exemplificar a Promoção da Saúde no seu dia a dia. Após emergir a categoria “Prioriza e promover uma melhor qualidade de vida”, os participantes trouxeram questões que demonstram o seu cotidiano, tais como: Depender do SUS; Investir mais na saúde; Quotidiano na UPA e no Itajaí Ativo; Todo mundo....

Figura 2 - Apresentação gráfica das subcategorias sobre A Promoção da Saúde no Quotidiano do SUS.



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Depender do SUS

*“Eu fui fazer um exame pelo SUS, o meu está demorando seis meses na espera. Tem colega meu que demora mais de um ano. Quer dizer, se **depender** do SUS, morre.” (Lavanda).*

*“Se a gente **depender** do SUS, só do SUS **temos** que ficar calmos e ficar esperando.” (Hibisco).*

O imaginário da promoção da saúde nos traz uma realidade na qual a dependência da pessoa para a realização de um exame no SUS expressa uma espera que pode levar a morte, caso não tenha condições de recorrer a outro serviço de saúde. Por outro lado, para depender só do SUS “tem que” ficar calmo, “tem que” ficar esperando, retornando à lógica do “dever ser”! Este “tem que” remete ao que é instituído e normativo pela instituição ou pela sociedade, não apontando o conhecimento de seus direitos e deveres enquanto usuário do SUS.

O imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano do SUS demonstra certa impotência apontada a partir da insatisfação e a falta da manifestação popular em busca de melhores condições de saúde:

*“Se eu brigar lá. Adianta alguma coisa?”
(Hibisco).*

“(...) não reclamar no posto de saúde, porque aqui no posto eles não têm culpa, eles são mandados” (Lótus).

“De repente o povo quer, mas quem entra lá não faz” (Hibisco).

Investir mais na Saúde

O investimento na saúde também surgiu no imaginário ao se buscar o significado de Promoção da Saúde:

Tem que investir mais na saúde (Lavanda).

“Tem que” é uma condição, da ordem do “dever ser”, enquanto investir é da ordem do empregar (dinheiro, tempo ou esforço). O Ministério da Saúde tem investido na reestruturação e reorientação do modelo de APS do Brasil, inicialmente com a criação da ESF, ampliação de equipes de profissionais, infraestrutura, pesquisas e comunicação, e todo o processo que envolve o serviço com objetivo de uma melhor saúde para as pessoas, as famílias e a comunidade. Entretanto, o recurso e todo esforço destinado ao SUS é um dos impasses gerenciais do sistema que se reflete, na maioria das vezes, negativamente no dia a dia das pessoas que buscam e acreditam nos princípios e diretrizes do serviço.

Este “ter que” nos faz repensar que talvez o caminho não seja pela via do “dever ser”, levando-nos a questionar se caminhar pela via do “ser preciso”, que expressa as reais necessidades, não seria mais efetivo e resolutivo.

O Quotidiano na UPA e no Itajaí Ativo

O cotidiano, ou seja, a maneira de vivenciarem o SUS na UPA e

no Itajaí Ativo é percebido pelas pessoas em relação ao serviço oferecido no nível de atenção de média e alta complexidade, apontando negativamente as experiências vivenciadas.

“Igual ali na UPA ali. Você vai ali olha lá dentro o médico está lendo, dormindo. Minha filha ficou lá de manhã até meio dia, e veio embora para casa sem ser atendida. Porque eles não estão nem ai com a gente, eles acham que a pessoa chegou lá andando está bem. Mas, às vezes está morrendo” (Lótus).

“Está no Whats zap. Eu já peguei, estava esperando, esperando, entrei de fininho e estava lá” (Íris).

A presença do *Whatsapp* chama atenção dentre os meios de comunicação utilizados no horário de trabalho pelos profissionais, remetendo-nos a força da tecnosocialidade na contemporaneidade. Para Maffesoli, a característica da pós-modernidade é a sinergia entre o arcaico e desenvolvimento tecnológico, em que estes meios de comunicação próprios da internet estão criando novas formas de ser, de trocar, a estrutura do vínculo social (MAFFESOLI, 2010).

Estas falas também remetem a **Reorientação dos Serviços de Saúde**, campo de ação da Carta de Ottawa, a qual apoia os serviços a adotarem uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais e necessidades individuais das pessoas, famílias e comunidade, para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Por outro lado, o cotidiano que envolve a Promoção da Saúde, decorrente das interações no Itajaí Ativo, é significado como uma experiência que contribui para melhorar o dia a dia das pessoas, contribuindo para um ser saudável.

“antes eu acordava de manhã e dizia que não iria mais à atividade. Porque quando eu comecei a frequentar a atividade (o Itajaí Ativo) eu tinha dor no joelho. Depois, eu continuei indo sem parar. Aí sarou todas as dores” (Anis).

Esta fala menciona o antes e o depois da inserção no grupo do Itajaí Ativo, apontando melhora na saúde física após a realização das atividades no grupo.

Ao ser indagado “*como o momento que você vivencia aqui (Itajaí Ativo) influencia no seu dia a dia?*” mais da metade das famílias afirmam que o momento vivenciado nas atividades influenciam positivamente no dia a dia deles, além de apontarem mudanças na maneira de ver e pensar a Promoção da Saúde:

“Você tem um propósito. Não é só vocês virem aqui caminhar. Qualquer um deles dá a dica de como é que você pode ter uma saúde. E vai depender de você querer seguir para frente. Eu comecei por aqui. Porque com cinquenta e quatro anos eu não caminhava daqui até a padaria, andava de moto, de carro. Hoje eu faço caminhada longa, então graças a Deus. Começou aqui. Eles me deram a dica de como eu poderia ter uma saúde mais tranquila. Eu levei isso para dentro de casa, meus filhos acataram também. Então o Itajaí Ativo e a Academia para mim é tudo.”(Lavanda).

A força da tribo é apontada neste fala e as atividades em grupo reforçam o trabalho para a promoção da saúde, visto que o Itajaí Ativo fortalece e mobiliza as famílias para promoverem saúde no seu dia a dia.

A Promoção da Saúde também é apontada como sujeito do próprio cuidado, visto que a família se empodera construindo recursos próprios, como exemplo atividade física:

“O pai e a mãe também tinham que incentivar um pouco. O meu genro, não vai buscar pão que é 50 metros se não for de carro. E o filho não vai comprar uma borracha caminhando “O pai vamos de carro?”. Esses dias eu disse assim, “vão caminhar! A vó caminha por tudo”. Eles não fazem nada, nada, nada. Só ficam naquele “tcheque tcheque tcheque tcheque tcheque” É vinte e quatro horas por dia. Eu levanto às três da manhã pra ir no banheiro eles tão lá “tcheque tcheque tcheque tcheque tcheque (vídeo game)” (Hibisco).

“Eu sou dançarina, mas também é uma academia. O médico falou para mim que dançar é uma academia” (Alecrim).

É importante ressaltar que a mudança de comportamento pode ter relação com a atividade física, pois é a principal característica do grupo que eles participam, sendo o principal desafio das atividades que caracterizam a temática da Promoção da Saúde desenvolver ações para além da mudança de comportamento.

Esta realidade pode ser reflexo de quem executa as atividades, pois estudos que investigaram a percepção de profissionais da ESF acerca da Promoção da Saúde afirmam que existe uma incoerência da percepção dos profissionais com o discurso e a prática; os cuidados realizados são em sua maioria com foco na prevenção e monitoramento da doença; e o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde está em construção (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012; FRANCO; FRACOLLI, 2010; TESSER *et al.*, 2011).

Todo mundo...

As pessoas trazem o imaginário da força da coletividade enquanto forma de organização e manifestação, e apresenta a união das pessoas como possibilidade de mudança no contexto da saúde do país:

*“Se eu chamar ninguém vai. **Todo mundo quer**, mas ninguém vai reclamar. Porque seria tipo a união. **Todo mundo**. Não ir brigar pro que não resolve. Então não adianta, aí **tem que ter paciência**, ficar esperando até chamar. **Todo mundo!** (...) tinham que reclamar para os grandes, **todo mundo**, mas não um só ou um ou dois só. **Tem que se reunir**” (Lótus).*

“Toda comunidade. Cada bairro reunir sua comunidade” (Hibisco).

“Mas a cada quatro anos o povo se reuni. É só saber ser organizar” (Lavanda).

“Tem que se reunir... Nós queremos melhorar isso, isso e isso. É o que nós queremos! (Lótus)

As falas mencionadas apontam as manifestações das pessoas por quererem melhoria na saúde, porém o “tem que” novamente aparece representando uma condição da ordem do “dever ser” instituído, seguido da ideia de coletividade (todo mundo, união das pessoas) para concretizarem suas vontades.

Esta necessidade de se reunir, de estar junto, representa o ideal comunitário, *“é uma energia coletiva que não se reconhece mais no artificialismo contratual, mas que repousa sobre o consentimento natural. É a ética da estética, isto é, um elo que se elabora a partir de um sentimento coletivo”* (MAFFESOLI, 2014, p.175).

É importante ressaltar que, no contexto atual o país está passando por uma crise econômica, política e ambiental que tem refletido concreta e simbolicamente nas questões da saúde. Maffesoli (2014) refere que sempre houve uma relação significativa entre o retorno do trágico e a exaltação vital, e é neste momento do vivido atual que existe o ideal comunitário, o vitalismo⁴ que está na ordem do dia, no papel aumentado da experiência e destaca o retorno com força do apetite de viver.

Neste cenário, vale ressaltar que a Promoção da Saúde também trabalha o Reforço da Ação Comunitária:

(...) através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 3).

O Reforço da ação comunitária, ou seja, da participação popular, expressas no Controle Social também está nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida e regulada pela lei 8.142/90, a partir da inclusão dos atores sociais nos processos decisórios

³Vitalismo é a energia orgânica, é a condição de possibilidade para compreender a potência da vida comum. (MAFFESOLI, 2010).

da política de saúde do país. Assim, a lei estabelece a criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Entretanto, desenvolver a participação da comunidade no dia a dia dos serviços envolvendo as pessoas, as famílias e a comunidade nas ações coletivas, é um dos grandes desafios do SUS. Pois ela se dá nas ações de lazer e convivência, desvelando e valorizando saberes e experiências existentes como potencialidades da realidade que segue em permanente construção (KLEBA, 2015). É Assim que a situação de:

“Uma andorinha sozinha....” (Íris).

....se transfigura, mais uma vez, expressando a potência, a força que vem de dentro de cada pessoa, resgatando o *empowerment* de cada família, de cada comunidade, entrelaçadas pela ética da estética, ou seja, de um sentir junto!

Assim, o enfermeiro ao desenvolver o papel de mediador desse processo de transformação fortalece a participação popular possibilitando encontros, trocas e diálogos envolvendo as famílias e a comunidade.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, foi possível compreender a Promoção da Saúde como algo a ser alcançado pelas pessoas e que se dá no cotidiano, envolvendo pensar coisas boas, estar com as pessoas, fazer uma caminhada, alimentar-se bem, não comer demais, higiene da casa, buscar entendimento para ter uma saúde melhor, além de perpassar pelas experiências vividas no cotidiano do SUS do Brasil.

Deste modo, os resultados mostraram que a Promoção da Saúde ainda remete ao reducionismo por trazer a mudança de comportamento e não expandir as questões de saúde para além do setor saúde e de um estilo de vida, não reconhecendo os Determinantes Sociais da Saúde como fatores de mudança. Em contrapartida, os participantes descrevem a vontade de se reunir e se manifestar em busca de seus direitos, enquanto cidadãos e usuários do SUS, apontando um imaginário onde a potência trazida pelo sentido comunitário, intrínseco a sua natureza humana, se manifesta quando é oportunizado o encontro trazido pela ética da estética.

Faz-se necessária a realização de novos estudos que compreendam o imaginário da Promoção da Saúde no contexto da atenção primária, a fim de explorarem e conhecerem outras realidades e atividades desenvolvidas, e contribuir para o fortalecimento de ações e cuidados para a Promoção da Saúde na ESF, promovendo, desta forma, mais autonomia das pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 de jan. de 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acessado em: 9 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 02 de dez. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 jun. 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77 - 93, 2007.

DEJOURS, C.; DESSORS D.; DESRLAUX F. Por um Trabalho, Fator de Equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-194, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>. Acesso em: 02 dez. 2015.

FERNANDES, J. V.; ALVES, C.; NITSCHKE, R. G. Ser bolsista de extensão: relatando a experiência de promover saúde familiar no cotidiano de uma comunidade de Florianópolis. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 61, n. 5, p. 643-6, set./out. 2008.

KLEBA, E. **Reforço da Ação Comunitária**. Florianópolis: UFSC, 18 nov. 2015. Palestra ministrada no I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: diálogo com os determinantes sociais.

BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D.; GARCIA, R. P.; SEIFFERT, M. A.; SIMON, B. S. F.a M. S. Concepções de Saúde de Usuários e Profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm UFSM** 2014 Abr/Jun; 4(2):439-449.

MAFFESOLI, M. **Homo Eroticus**: comunhões emocionais. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. **O tempo retorna**: formas elementares da pós-modernidade. 1ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **Apocalipse**: opinião pública e opinião publicada. Porto Alegre: Sulina, 2010. 78p.

_____. **O conhecimento comum**: introdução à sociologia compreensiva. 1. ed. Porto Alegre: Sulina. 2010. 295 p.

_____. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 2.ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1998.

_____. **Notas sobre a pós – modernidade:** o lugar faz o elo. 1 ed. Rio de Janeiro: Atlantida, 2004.

MICHELIN, S. R. **Potências e Limites para a Promoção da Saúde no Quotidiano dos Trabalhadores de um Centro de Saúde.** 2014. 244p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade.31. ed.Petrópolis: Vozes, 2012. 108p.

NITSCHKE, R. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho. 199 f. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

NÓBREGA, J. F. **O Imaginário da Promoção da Saúde no Quotidiano da Formação do Técnico em Enfermagem.** 2012. 172p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FERTONANI, H. P., PIRES, D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistência. *Enfermagem em Foco* 2011, v. 1(2), p. 51-54. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/14/15>. Acesso em: 25 de Nov. de 2015.

RODRIGUES, Carol Cardoso and RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab. educ. saúde[online]*. 2012, vol.10, n.2, pp. 235-255. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>.

ROOTMAN, I., O'NEILL, M. (2012). The Evolution of Health Promotion Practice. In: I. DUPERE, S *et al.* Perspectives on Health Promotion from Different Areas of Practice: 3th ed. Canada Toronto Canadian Scholar's, Press Inc. p. 266-290, 2012.

SANTOS, L. P. G. S. S; FRACOLLI, L. P. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista Escola de enfermagem USP**, 2010, v. 44(1) p. 76-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a11v44n1.pdf>. Acesso em: 30 de nov. de 2015.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research: strategies for a Natural Sociology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem a família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil**. 2008. p. 277. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; GARCIA, Adir Valdemar; VENDRUSCOLO, Carine; ARGENTA, Cleonete Elena. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v. 16(11), p. 4295-4306. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf>. Acessado em: 30 de Nov. de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

9.2. Manuscrito 3 – O Imaginário da Promoção da Saúde da Família: olhar do familiar no contexto da Atenção Primária.

Juliana Chaves Costa¹
Rosane Gonçalves Nitschke²

RESUMO: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na Atenção Primária à Saúde no município de Itajaí, Santa Catarina, sul do Brasil, com objetivo de investigar o imaginário da Promoção da Saúde da família no seu cotidiano. Foram entrevistadas 19 famílias, que participam de um grupo de Promoção da Saúde no local do estudo. A coleta de dados foi realizada, no período de agosto a novembro de 2015, adotando-se entrevistas semiestruturadas grupais, com estratégia de oficinas, a partir das questões norteadoras: O que é Promoção da Saúde da família? Como você percebe a Promoção da Saúde no dia a dia da sua família? Os dados obtidos foram organizados com utilização do *software* Atlas.ti versão 6.1. A análise dos dados foi realizada à luz referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli. Os resultados apontaram a Promoção da Saúde da Família integrando quatro categorias: propiciar e buscar caminhos para um conviver saudável; ter saúde para mim e para a minha família; direito à saúde; é o que fazemos aqui. A Promoção da Saúde no cotidiano da Família envolveu quatro categorias: familiares ansiosos; promover alimentação saudável; cuidado à saúde da família; saúde melhor para as novas gerações. Concluiu-se que a Promoção da Saúde da Família é um conjunto de ações e interações que se desenvolvem dentro do ambiente intra e extra familiar, a partir das questões de saúde

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN-UFSC. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUISFAM-SC. E-mail: julianachavescosta@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem (PEN-UFSC-SORBONNE). Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa

Catarina (NUPEQUISFAM-SC) - LEIFAMSC Coordenadora do Projeto Ninho.E-mail: rosanenitschke@gmail.com.

de seus membros como: ter saúde; ver os familiares bem; a saúde enquanto direito fundamental; exercer ações para que as relações sejam saudáveis, como, por exemplo, a atividade do grupo Itajaí Ativo no espaço da Estratégia de Saúde da Família. Este conjunto de ações e interações se dá no cotidiano familiar a partir do que eles acreditam como fatores que possibilitam uma convivência mais saudável, mostrando a potência do imaginário do cotidiano da Promoção da Saúde da Família.

Descritores: Atividades cotidianas, Enfermagem Familiar, Promoção da Saúde, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O que é Promoção da Saúde da família? Como as famílias percebem a Promoção da Saúde no seu dia a dia? Essas são algumas indagações sobre as quais temos refletido e trabalhado no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois existe evidência científica e empírica que é na Atenção Primária (AP), articulada com a ESF, que se desenvolvem as principais ações de Promoção da Saúde, sendo este o processo de capacitação das pessoas, famílias e comunidade para desenvolverem autonomia e exercer o controle de sua própria saúde (KLEBA, 2011; CAMPOS *et al.*, 2011; HECK, 2011; NITSCHKE, SOUZA, 2011, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Porém, as mesmas evidências apontam que as ações de Promoção da Saúde no âmbito da família, desenvolvidas na AP possuem dificuldade no seu processo de formação, desde os macros espaços até os micros espaços da área da saúde, tais como: a desarticulação entre os programas prioritários do Ministério da Saúde com foco em grupos específicos e as prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); dificuldade de exercer a intersetorialidade na prática do serviço; paradigma positivista que reflete no modelo biomédico com olhar do gestor para as atividades curativas e individuais; dificuldade de mudança das novas concepções do modelo de atenção à saúde por parte dos sujeitos envolvidos como gestores, profissionais e usuários, dificultando a organização e o

processo de trabalho com foco na família (KLEBA, 2011; CAMPOS *et al.*, 2011; HECK, 2011; NITSCHKE, SOUZA, 2011).

Dentre as atividades de Promoção da Saúde que têm sido desenvolvidas nas equipes da ESF, pouco se sabe sobre os significados e o imaginário da promoção da saúde da família dentro do contexto em que estão inseridas, e como tais atividades repercutem no seu dia a dia. O imaginário é nutrido pelo coletivo, sendo um conjunto de construções mentais racionais e não racionais, lúdicas, afetivas, imaginativas, ao mesmo tempo impalpáveis e reais (SILVA, 2001). Assim, este trabalho reforça a importância da promoção da saúde da família sem deixar de olhar para o seu cotidiano se quisermos promover famílias saudáveis, entendendo-se este como:

(...) a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, através de suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando o processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital (NITSCHKE, 2007, p. 3).

Para trabalhar a Promoção da Saúde com ênfase na família é preciso também reconhecer que a família é um sistema complexo que se autorregula internamente e com o meio externo por meio de redes de apoio social, quando cuida de si mesma. A família, ao se relacionar, interage, possui uma cultura, um estilo de vida, modos diferentes de cuidar e ser saudável, nos levando a reforçar a necessidade de conhecê-la para compartilhar alianças e corresponsabilidade na Promoção da Saúde ou na capacidade de enfrentar as perdas inerentes ao processo de viver (SOUZA; NITSCHKE; SOUZA, 2011).

A família possui uma natureza própria e é essa natureza que vamos buscar compreender ao focar a Promoção da Saúde para criar outras ou novas maneiras de cuidado. Os enfermeiros inseridos na ESF exercem a coordenação do cuidado e assistência às pessoas e às famílias no espaço da comunidade. Assim, possuem a responsabilidade de promover vínculos e envolvê-los na participação construtiva deste processo.

Deste modo, o enfermeiro e os demais profissionais da saúde precisam também reconhecer a complexidade dos determinantes e condicionantes de saúde, ao mesmo tempo em que reconhecem as famílias enquanto protagonistas, possibilitando mudanças na forma de

relacionar-se, de se perceber e reconhecer a realidade para promover a saúde (KLEBA, 2011).

Logo, o objetivo deste estudo é *investigar o imaginário da Promoção da Saúde da família no seu cotidiano*.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado no referencial teórico da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli. O local do estudo foi uma unidade de APS no município de Itajaí, Santa Catarina, no sul do Brasil, e os participantes da pesquisa foram pessoas maiores de dezoito anos, membros de uma família, que integram um grupo que realiza atividades de Promoção da Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Prefeitura Municipal de Itajaí, sob o protocolo de nº 45932915.0.0000.0121. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), preconizado pela Resolução 466/Conselho Nacional de Saúde do MS de 2012 (BRASIL, 2012).

A entrada no campo ocorreu com a participação nas atividades do grupo por um período de dois meses. Posteriormente, deu-se início a coleta de dados, realizada no período de agosto a novembro de 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas, grupais, adotando-se a estratégia de oficinas inspiradas do Projeto Ninho⁵ as quais contemplam quatro

⁵Projeto de extensão, vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina – NUPEQUIS-FAM-SC, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina, criado em 1995, sob a Coordenação da Professora Rosane Gonçalves Nitschke, tendo como objetivo geral cuidar intertransdisciplinarmente da saúde das famílias, em uma perspectiva compreensivo interacionista e da micro sócio antropologia. A metodologia utilizada expressa-se na criação de um espaço alternativo, onde as famílias possam refletir sobre o ser saudável no cotidiano, através de oficinas, além de reuniões, consultas de enfermagem e interconsultas junto a outros profissionais (FERNANDES; ALVES; NITSCHKE, 2008).

momentos: Relaxamento de Acolhimento, Atividade Central, Conjunção e Relaxamento de despedida (NITSCHKE, 1999).

Com intuito de auxiliar na interpretação dos dados foram feitas anotações após cada entrevista, para construção de Diário de Campo baseada nos estudos de Nitschke (1999), integrando Notas de Interação (NI), Notas Metodológicas (NM), Notas Teóricas (NT) e Notas Reflexivas (NR). Após a coleta e registro dos dados, as entrevistas foram gravadas em modo digital e transcritas na íntegra em formato Word.

Utilizou-se o *software* Atlas.ti versão 6.1 para organização dos dados. A análise e interpretação dos dados baseou-se em Schatzman e Strauss (1973), à luz do referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli. Deste modo, após a leitura exaustiva dos dados, identificou-se a ligação das classes e ideias centrais, agrupando-as, criando, assim, categorias.

Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes, estes receberam nome de flores como codinome.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 19 participantes da pesquisa, 18 são mulheres e um é homem, com faixa etária entre 35 e 81 anos. No que se refere à ocupação profissional: 12 pessoas são do lar, quatro são aposentadas, uma é agente comunitária de saúde, uma é faxineira e um é marceneiro. Do total, a média de tempo dos participantes da pesquisa que frequentam a unidade de saúde como usuários foi 11 anos, período que a ESF já existia no local da pesquisa, sendo a primeira equipe criada no ano de 2000.

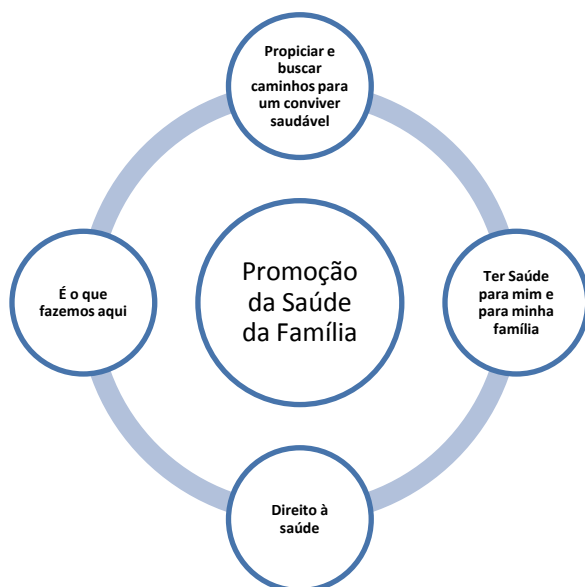
A posição familiar que os participantes ocupam pode assim ser caracterizada: sete se consideram mães; duas são avós; duas se consideram mãe e avó; duas são mãe, avó e bisavó; uma é avó e bisavó, uma é chefe da família, mãe, pai e avó; uma é chefe da família, mãe e avó; uma é filha; um é marido; um é somente chefe da família.

A análise deste estudo foi a partir das respostas originadas das questões norteadoras: “O que é Promoção da Saúde da Família?”, de onde emergiram quatro categorias: **propiciar e buscar caminhos para um conviver saudável; ter saúde para mim e para a minha família; direito à saúde; é o que fazemos aqui**. E a partir da questão “Como você percebe a Promoção da Saúde no dia a dia da sua família?”,

trouxe-nos quatro categorias: **familiares ansiosos; promover alimentação saudável; cuidado à saúde da família; saúde melhor para as novas gerações.**

O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Figura 3 - Representação gráfica do imaginário da Promoção da Saúde da Família.



Fonte: elaborada pela autora, 2016.

Promopciar e Buscar caminhos para um conviver saudável

A Promoção da Saúde da família contempla a saúde mental ou a física, e envolve uma convivência saudável:

*“Para mim saúde da família pode ser a saúde mental também. (...) Porque a saúde envolve não só a física, é a mental, psicológica. Eu acho assim, **propiciar**, ou **buscar** caminho para que a*

família, a convivência da família seja uma convivência saudável.” (Azaleia).

Para a enfermagem, a noção de Saúde da Família (SF) envolve diversas e diferentes dimensões, podendo ser tanto biológicas, psicológicas e sociológicas, como espirituais e culturais (BOMAR, 1990). Para o GAPEFAM a SF é:

Uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e duvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. (...) a família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada (NITSCHKE, 1999, p. 44).

Já a noção de SF nas diretrizes do SUS é fundamentada em uma lógica estrutural do sistema, é trabalhada na APS e faz parte da estratégia prioritária para fortalecer o serviço no país, organizada em equipes que acompanham um número de famílias, conforme sua área de abrangência e tem o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças, tratar e reabilitar doenças e outros agravos (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde da família também fez emergir os aspectos que envolvem as relações e interações sociais dentro do ambiente familiar, como harmonia, buscar, oferecer e mostrar para o familiar o que é bom para ele viver bem à saúde no seu dia a dia.

“Não que seja saudável de só de saúde. É um ambiente que tenha harmonia. Porque envolve a saúde psicológica, não envolve só a física. É um ambiente em harmonia. (...) É buscar caminho, é oferecer, é mostrar o que é bom, o que não é, para tu viver aquele momento que envolve muita coisa. Pode ser psicológico, pode ser mental. Às

vezes a pessoa não tem nada fisicamente, mas a cabeça pessoa. (...) Tem que ver a saúde num todo.” (Azaleia).

Ao trazer essa ideia, vale resgatar a tese de Althoff (2001), que investigou como o ambiente familiar é construído pelas famílias, sendo constatada ao final do estudo, que a convivência familiar é um processo de inter-relação em que os membros da família compartilham símbolos e significados decorrentes das ações desenvolvidas e das interações estabelecidas entre eles.

O “viver bem familiar” foi apresentado como uma categoria em que o ambiente familiar pode ser baseado na construção de uma convivência harmoniosa dentro deste processo que constitui um dos elementos teóricos que contribui para o entendimento da SF (ALTHOFF, 2001).

Ainda fazendo referência à relação da família dentro do ambiente familiar, a PNPS de 2014 tem, enquanto tema transversal, que opera em conjunto dos princípios e valores do SUS, os ambientes e territórios saudáveis, que significa priorizar os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica (BRASIL, 2014). Portanto, pensar na promoção da saúde da família é também proporcionar estes espaços para que tenham um melhor conviver e ser saudável.

*“(...) às vezes é questão de só **melhorar este convívio**, essa saúde que a gente pode prevenir. Às vezes falta de informação da gente é que faz a gente ficar doente” (Violeta).*

O imaginário da promoção da saúde da família também remete a prevenção da doença, ao invés de pensar a saúde como algo positivo. Porém, no momento que se pensa a promoção da saúde como o processo de capacitação das pessoas para melhorar e ter mais controle sobre sua saúde, é necessário que este processo tenha as suas ações planejadas, a partir da necessidade e fortalecimento da potência de cada pessoa, grupo ou comunidade, como por exemplo, a realização de educação em saúde, o uso da comunicação de massa, ação política e comunitária, possibilitando um conviver mais saudável e maior acesso à informação para todos (ROOTMAN; O’NEILL, 2012).

Ter saúde para mim e para minha família

A promoção da saúde da família é o desejo de saúde para o indivíduo e para sua família. Como exemplo é relatado o atendimento na Unidade de Saúde, chamando a atenção por trazer a SF apenas num contexto biomédico e curativo.

*“Eu acho as mesmas palavras, porque se **eu quero saúde para mim, eu quero saúde para minha família também**. De ser atendido no posto.(...) é duro a gente pegar um filho, uma coisa assim, doente, e ir ao posto de saúde e ficar ali não sei quantas horas esperando” (Jasmim).*

O desejo de ter saúde também remete ao imaginário da Promoção da Saúde da Família que se traduz em ver a família toda bem, sem problemas:

*“É **ver a minha família toda bem** é uma promoção para mim. (...) está todo mundo bem, ninguém está com problema.” (Bromélia).*

Neste momento, é reforçada a importância de conhecer o imaginário familiar quando promovemos o cuidado à saúde das famílias, pois um estar bem relacional para um grupo familiar, pode não ser para o outro. Isto nos remete às relações e interações familiares, ou seja, a um estar junto e sentir junto que, para Maffesoli (2012), é a ética da estética.

Direito à saúde

A promoção da saúde da família, num contexto sócio, político e social significa é ter o Direito à Saúde:

*“(...) ter atendimento pro povo antes do povo ficar doente. E para ter menos gasto com remédio, com médico, e a gente ter o **direito de ter uma saúde** realmente. E não quando a gente ta morrendo ter que ir pro posto. Então acho que isto seria uma própria maneira do governo*

economizar. Só que o governo não pensa dessa forma” (Violeta).

Para Mafesoli, o direito de “ter” é da ordem do instituído, do que está posto pela sociedade. Assim, é relatado que a saúde depende também da vontade no governo. Também vale ressaltar a noção de Nitschke (1999) quando trabalhou em sua tese o mundo imaginal de ser família saudável observou que para as famílias a saúde é uma condição para ser saudável, pois a saúde é da ordem do “ter” e o saudável é da ordem do “ser”.

O direito à saúde está garantido pelas famílias na Constituição Federal de 1988, pois trata a saúde como um direito humano fundamental, individual e social, garantindo o acesso universal e igualitário com tratamento integral mediante políticas públicas (BRASIL, 1988).

A fala também complementa a relação do direito à saúde com a falta de investimento na educação:

*“Por quê? Porque o governo quer gente doente, ele quer crianças burras no colégio. Porque é o que a gente vem vendo, é o que está acontecendo. Já, por exemplo, o que eu tinha minha época: sociologia, filosofia, isso não existe mais, porque eles não querem mais que o jovem, o adolescente pense. Então **isso tudo é promover a saúde**. Porque se eles, se o próprio governo não esperasse a gente ficar doente, não ter crianças andando na rua como tem, não tinha tanta coisa ruim como se tem.” (Violeta).*

“(...) o menor não pode trabalhar, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode fazer aquilo. Mas se tivesse alguma coisinha para ele fazer, ele não ia ficar na rua.” (Hibisco).

Direito à saúde também é direito a educação, pois a educação é um pré requisito fundamental para a promoção da saúde. “A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 3).

A Carta de Ottawa ainda reforça que a promoção da saúde não é assegurada somente pelo setor saúde, ela demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, sendo as pessoas e famílias em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Sendo assim, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tem sido uma estratégia para trabalhar a Promoção da Saúde, visto que eles envolvem as condições sociais e econômicas que influenciam na saúde (ROOTMAN; O'NEILL, 2012). Eles são expressos no imaginário da promoção da saúde da família, mostrando que estão presentes no cotidiano das famílias quando se observa crianças nas ruas, educação de má qualidade, jovens ociosos, falta de lazer e violência, apontando a falta de responsabilidade e comprometimento do poder público.

É isso aqui que a gente está fazendo

A promoção da saúde da família não é algo a se buscar, mas algo que já está acontecendo, é o presente, é o “aqui e agora”, é a atividade do dia a dia que ele realiza:

“(...) é isso daqui que a gente está fazendo. É o exercício, é trazer a família para fazer. E foi a academia e o Itajaí Ativo que me ajudou. (...) me envolvendo com a família, com a união das pessoas, com as brincadeiras. (...) pra mim, a saúde está aqui, no exercício do dia a dia.” (Lavanda).

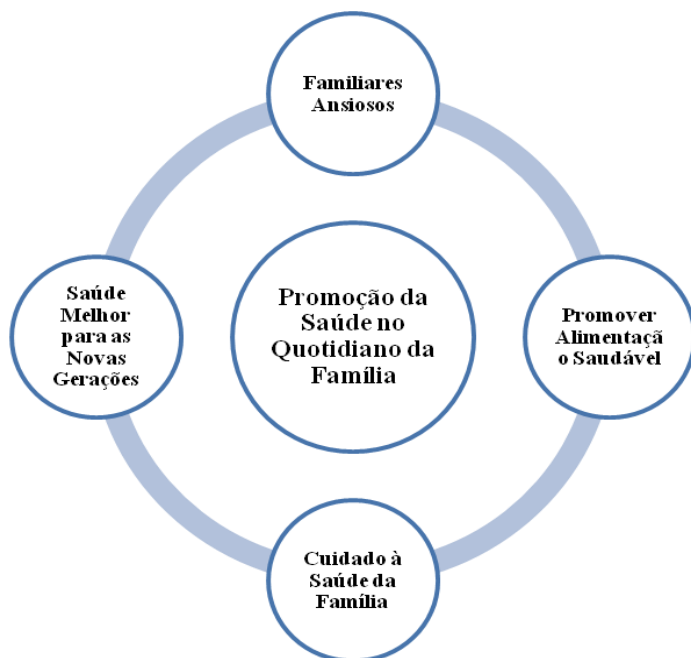
O participante da pesquisa afirma que o momento de atividade que ele desenvolve ajudou na melhora de sua saúde, destacando não só a realização da atividade física, mas o envolvimento com sua família, com a união das pessoas e as brincadeiras que o espaço também proporciona.

Para Maffesoli (2004), este espaço que envolve a inserção e o compartilhamento das experiências humanas chama-se *localismo*, ele possibilita a produção do vínculo entre as pessoas naturalmente, pois juntas possuem valores em comum.

O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DA FAMÍLIA

Partindo para o segundo momento deste estudo, ao questionar os familiares “Como você percebe a Promoção da Saúde no dia a dia da sua família?”, foi possível ver emergir elementos das relações familiares que refletem o seu cotidiano a partir do contexto que estão inseridos: **Familiares Ansiosos; Promover Alimentação Saudável; Familiar que requer cuidado; Saúde Melhor para as Novas Gerações.**

Figura 4 – Representação gráfica do imaginário da Promoção da Saúde no Quotidiano da Família



Fonte: elaborada pela autora, 2016.

Familiares Ansiosos

A contemporaneidade se caracteriza por diversos fatores que refletem a maneira como a sociedade tem se organizado. Para Honoré

(2007), vivemos atualmente a sociedade do *fast life*, característica esta independente das condições sociais ou econômicas em que vivem. É também a sociedade da pressa, da rapidez, da falta de tempo, onde tudo “é pra já!”, o que também passa a ser um dos determinantes do adoecer. Este modo de ser da sociedade se reflete nas famílias contemporâneas afastando-as de promover melhores condições para a sua saúde (NITSCHKE; SOUZA, 2007).

As famílias que participam do grupo Itajaí Ativo, que tem enquanto proposta trabalhar promoção da saúde e qualidade de vida dos moradores de Itajaí, também se remete a esta questão, quando relatam a ansiedade e a pressa no dia a dia dos seus familiares:

“Meus filhos são tudo meio nervoso, meio esgotado. Mas, também começaram a trabalhar muito cedo (...) a ansiedade que é ruim. Os meus filhos são ansiosos, até os netos. Para eles tem que ser já!” (Margarida).

Para Maffesoli (2004), na pós-modernidade, a vida de certo modo não passa de instantes eternos, e o que passa a predominar é um presente que eu vivo com o outro, denominado de “presenteísmo”; é viver o aqui e o agora da melhor maneira possível. Porém, ao emergir estas questões me remeto à seguinte reflexão: será que estas famílias vivem o presente da melhor maneira possível?

Promover Alimentação Saudável

“O alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma abordagem necessária para a promoção da saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 15).

Uma alimentação saudável não é uma prescrição médica que deve ser seguida pela pessoa ou pelas famílias, ela é um conjunto de significados culturais e sociais, resultante da interação entre o biológico e o sociocultural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No entanto, o alimento saudável também é um ato simbólico, envolve o seu sabor, aroma, textura, cor, além de unir as pessoas para celebrar a vida durante o momento que realizam as suas refeições, “o comer é nutrir, se comemos com alguém estamos nos nutrindo juntos, e também nutrindo o estar junto.” (NITSCHKE, 1999, p. 112).

O alimento é fonte vital do ser humano, precisamos nos nutrir para sobreviver, porém com a mudança do modo de ser e viver a alimentação passou a ser um bem de consumo que sustenta as famílias como máquinas, poupando tempo e acelerando o ritmo de se alimentar refletindo no tipo de alimentação que se faz.

Assim, o familiar retrata a dificuldade de fazer e ter a aceitação da alimentação saudável no ambiente familiar:

“Eles não se controlam. Não adianta, se faz salada eles não querem” (Lírio).

“Comida. Eu faço de um jeito eles vão lá na rua e trazem para a casa pizza, trazem lanche. (...) Na minha casa é péssimo! (...) Tudo que não deve. Adolescente, já viu” (Lótus).

Essa questão é reforçada quando é relatado que, mesmo quando o familiar consegue ter uma alimentação saudável, com os outros integrantes da família existe a dificuldade de mantê-la por causa do ritmo de vida:

*“O menino eu vim pra cá faz 3 meses, ele estava com 106kg e tem vinte e cinco anos. (...) eu vim de lá para fazer uma alimentação para ele controlada, eu consegui com que ele emagrecesse 4 kg com a alimentação. Eu estou indo semana que vem e eu sei que ele não vai mais fazer (...) ele mora com a irmã, mas a irmã **não tem tempo** (...) é muita coisa. Ele não consegue fazer um alimentação saudável” (Lírio)*

Cuidado à saúde da família

“Eu tenho a minha mãe. Ela não sabe andar (...) eu que faço as coisas para ela” (Tulipa).

“Minha família é abençoada, graças a deus! Quando um está doente vai tudo em cima do que está doente, vamos apoiar, vamos ficar juntos! (...) se tiver um doente é igual filho de formigueiro, vai tudo em cima do que está doente, vai ver o que precisa” (Lavanda).

O cuidado à saúde da família aparece nas falas da promoção da saúde no cotidiano da família, pois promover a saúde no dia a dia da família também é cuidar do outro.

O cuidado familiar está presente no dia a dia das famílias, é realizado inter e intrageracional e conduz ao bem-estar de cada membro da família num movimento de promoção da saúde e bem-estar individual incentivando as relações e interações do grupo e da unidade familiar (ELSEN, 2004).

Saúde melhor para as novas gerações

A promoção da saúde no cotidiano da família emerge como algo que tem vindo melhor na geração de hoje, como exemplo o desenvolvimento físico:

“Para quem está vindo está um pouquinho melhor. (...) a gente tem que valorizar o que vem de bom! Na minha época o jardim de infância não tinha educação física. Era salinha, era brincar, era desenhar, era pintar, mas não tinha o desenvolvimento físico. (...) então tem coisas que para eles está vindo melhor” (Violeta).

As políticas e ações de promoção da saúde emergiram como marco norteador na década de 80, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que teve como resultado a Carta de Ottawa, no ano de 1986. Ela incentivou a mudança do modo de planejar, organizar e exercer as políticas públicas em prol da saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Este movimento da promoção da saúde nos diferentes espaços onde estão os seus determinantes tem possibilitado a criação de políticas sociais e econômicas a favor de melhores condições e incentivos no ambiente escolar. Na área da saúde temos como exemplo a participação do enfermeiro e todo equipe da ESF no Programa Saúde da Escola (PSE), criado no ano de 2007 com intuito de integrar a saúde e educação para promover a saúde e educação integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender que o imaginário da Promoção da Saúde da Família é um conjunto de ações e interações que se desenvolvem dentro do ambiente intra e extra familiar, a partir das questões de saúde de seus membros como ter saúde; ver os familiares bem; a saúde enquanto direito fundamental; exercer ações para que as relações sejam saudáveis, como, por exemplo, a atividade do grupo Itajaí Ativo no espaço da ESF. Este conjunto de ações e interações se dá no cotidiano familiar a partir do que eles acreditam como fatores que possibilitam uma convivência mais saudável, como ser menos ansioso, promover uma alimentação saudável, cuidado à saúde da família e a percepção da saúde que tem vindo melhor para as novas gerações mostrando, deste modo, a potência do imaginário no cotidiano da Promoção da Saúde da Família.

Vale ressaltar que este estudo apresentou o olhar de apenas um membro da família que realiza atividade em um grupo de promoção da saúde no contexto da AP. Assim, é necessário desenvolver novos trabalhos acerca da temática que compreenda e identifique o imaginário da promoção da saúde da família dos outros membros.

A promoção da saúde da família está inserida nos diferentes espaços sociais, (re) afirmando a importância de trabalhar os cinco campos de ação da Carta de Ottawa, a partir da articulação com as equipes de ESF, como a **criação de ambientes favoráveis**, o **desenvolvimento das habilidades pessoais**, o **reforço da ação comunitária**, a **reorientação dos serviços de saúde** e **criação de políticas públicas saudáveis** para promovermos famílias com melhores condições de realizar escolhas sobre sua saúde.

Contudo, a promoção da saúde é parte integrante do cuidado da enfermagem familiar e tem o profissional enfermeiro da ESF como responsável por desenvolver e exercer a promoção da saúde no seu processo de trabalho, além de provocar a participação das famílias e comunidade na construção desse imaginário.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001.

200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CAMPOS, F. H. P.; HERNÁNDEZ, L. A.; IPARRAGUIRRE, H. R.; VALLEJOS A. H.; CHARCAPE, N. V. *Programa de salud familiar “desde las familias” la gestión de la enfermera em el município de trujillo* – Peru. In: **Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acessado em: 24 de jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 de jan. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Caderno de Atenção Básica, n 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf. Acessado em: 17 jan. 2016.

BOMAR, P.J. Perspectives on Family health promotion. **Family & Community Health**, Frederick, v.12, n.4, p. 1-11, 1990.

ELSEN, I. **Cuidado familiar**: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem. 2004. p. 153-167.

HECK, R. M.; LOPES, C. V.; CEOLIN, T.; VANINI, M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: abordagem de família e do cuidado. In: **Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

KLEBA, M. E. Estratégia de Saúde da Família e a Intersetorialidade: revendo espaços e atores da promoção da saúde. In: **Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

MAFFESOLI, M. **O tempo retorna**: formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

_____. **Notas sobre a pós – modernidade**: o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântida, 2004.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos**: a descoberta dos laços de afeto como caminho. 199 f. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, s.1, p.24-6, 2007.

NITSCHKE, R. G.; SOUZA, L. C. S. L. Em busca do tempo perdido: repensando o cotidiano contemporâneo e a promoção de seres e famílias saudáveis. In: **Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

ROOTMAN, I., O'NEILL, M. (2012). The Evolution of Health Promotion Practice. In: I. DUPERE, S *et al*. Perspectives on Health

Promotion from Different Areas of Practice: 3th ed. Canada Toronto Canadian Scholar's, Press Inc. p. 266-290, 2012

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research:** strategies for a Natural Sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SILVA, J. M. O imaginário é uma realidade. **FAMECOS**, Porto Alegre, v. 15, p. 74-82, ago. 2001. Disponível em: <http://200.144.189.42/ojs/index.php/famecos/article/view/285/217>. Acesso em: 17 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion.** Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível compreender o Imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias no contexto da AP, possibilitando conhecer o familiar que está inserido em um grupo de promoção da saúde e como esta vivencia possibilita melhores condições de vida para ele e para sua família, além de expressar um imaginário coletivo vivido no dia a dia.

O imaginário da Promoção da Saúde foi compreendido como algo a ser alcançado pelas pessoas no seu cotidiano que também perpassa pelas experiências vividas no SUS, como pensar coisas boas, estar com as pessoas, fazer uma caminhada, alimentar-se bem, não comer demais, higiene da casa, buscar entendimento para ter uma saúde melhor.

Já o imaginário da Promoção da Saúde da Família foi compreendido como um conjunto de ações e interações que se desenvolvem no ambiente intra e extra familiar, a partir das questões de saúde de seus membros como ter saúde; ver os familiares bem; a saúde enquanto direito fundamental; exercer ações para que as relações sejam saudáveis, como, por exemplo, a atividade do grupo Itajaí Ativo no espaço da ESF. Os resultados também mostraram que este conjunto de ações e interações se dá no cotidiano familiar a partir do que eles acreditam como fatores que possibilitam uma convivência mais saudável, como ser menos ansioso, promover uma alimentação saudável, cuidado à saúde da família e a percepção dos avanços na saúde para as gerações futuras.

Assim, é evidente que a Promoção da Saúde está presente no dia a dia da família e que a atividade desenvolvida no grupo se reflete no cotidiano familiar, mostrando, deste modo, a potência do imaginário no cotidiano da Promoção da Saúde da família.

Apesar de alguns aspectos da Promoção da Saúde aparecerem numa perspectiva de mudança de comportamento, reflexo do modelo biomédico que prevalece ainda hoje no imaginário das pessoas e famílias, não expandido para o reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde como fator de mudança. Por outro lado, os participantes apontaram a participação popular e o controle social, descrevendo a vontade de se manifestar e buscar seus direitos enquanto cidadãos e usuários do SUS.

Ao pensar a Promoção da Saúde da família inserida nos diferentes espaços sociais, a partir da articulação com as equipes de ESF, este estudo (re) afirma a importância de se focar os cinco campos de ação, trazidos na Carta de Ottawa, como a **criação de ambientes favoráveis**, o **desenvolvimento das habilidades pessoais**, o **reforço da ação comunitária**, a **reorientação dos serviços de saúde** e **criação de políticas públicas saudáveis** para promovermos famílias com melhores condições de realizar escolhas sobre sua saúde.

Destaca-se, ainda, a Promoção da Saúde como parte integrante do cuidado da enfermagem familiar, e a importância do papel do Enfermeiro em valorizar, fortalecer e exercer ações que promovam a participação das pessoas, famílias e comunidade em seus diferentes contextos sociais e culturais, respeitando a individualidade de cada indivíduo e núcleo familiar, criando estratégias criativas e dialógicas neste processo de construção coletiva, com o objetivo de proporcionar condições para um cotidiano de saúde e vida digna para a população.

Certamente há a necessidade de desenvolver novos estudos e pesquisas acerca da temática que compreendam e identifiquem o imaginário da promoção da saúde da família dos outros membros, pois este estudo apresentou o olhar de apenas um familiar que realiza atividade em um grupo de promoção da saúde no contexto da AP.

Conclui-se este estudo acreditando que consegui contribuir para ampliar saberes da área da saúde e da enfermagem, envolvendo a família e o imaginário, ampliando o olhar sobre os cuidados para a promoção da saúde da família na AP, acreditando que é possível integrar os cinco campos de ação trazidos na Carta de Ottawa no cotidiano do SUS, considerando toda a potência das tecnologias leves.

E enquanto enfermeira pesquisadora finalizo este estudo acreditando quão transformador foi este processo de dissertação na minha vida pessoal, e profissional, e quão significativo e gratificante foi poder contribuir para a melhoria da saúde das famílias. Concluo esta caminhada inspirada e convicta da minha responsabilidade social em prol da saúde da família e da promoção da saúde enquanto área do conhecimento para a construção e fortalecimento da APS, uma vez que possibilitam trabalhar numa lógica que amplia o olhar biomédico para o cuidado integral transformando maneiras de cuidar e ser cuidado.

REFERÊNCIAS

ARARUNA, R. C. **Mundo imaginal e a potência de ser família saudável frente a violência no cotidiano**. 2007. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acessado em: 9 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 11 de jun. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf > Acesso em: 03 de abril de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica,

para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 de jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 de jan. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em: 02 de abril de 2015

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (Comp.). **Taxas brutas de natalidade**. 2013. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 12 abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 abril de 2015.

BOMAR, P.J. **Perspectives on family health promotion**. Family & Community Health, Frederick, v.12, n.4, p. 1-11, 1990.

BONI, V; QUARESMA, J, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**. v. 2, n. 2, p. 68-80, 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CzeresniaD.; Freitas, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 2ªed. p.1-60.

CANDA, C. N. Lá vai a vida a rodar: reflexões sobre práticas cotidianas em Michel Maffesoli. **Revista rascunhos culturais**. Coxim. v. 1, n. 2, p. 63-77, 2010.

CARRARO, Cláudia Anita Gomes. **O cuidado da saúde do homem no cotidiano da saúde da família**. 2014. Não paginado Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. 512 p. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Venorese.

CENTRE D'ETUDES SUR L'ACTUEL ET LE QUOTIDIEN (CEAQ). **Curriculo Vital du Professeur Michel Maffesoli**. Disponível em: <<http://www.cea-q-sorbonne.org/node.php?id=91>> Acesso em: 22 nov.. 2015.

COSTA, R; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E; BOCK, L. F. O Legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Revista texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 18; n. 4; p. 661-669, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2015.

CUNHA, R. R.; PEREIRA, L. S.; GONÇALVES, A. S. R.; SANTOS E. K. A.; RADÜNZ, V.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da Saúde no Contexto Paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Revista texto contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 170-176, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a21>. Acesso em: 21 de abril de 2015.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700062&script=sci_arttext>. Acessado em: 02 de abril de 2015.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. I. J. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. 351p.

ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual**. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem. 2004. p. 153-167.

FERNANDES, G. C. M. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 244 p

FERNANDES, J. V.; ALVES, C.; NITSCHKE, R. G. Ser bolsista de extensão: relatando a experiência de promover saúde familiar no cotidiano de uma comunidade de Florianópolis. **Revista brasileira de enfermagem, Brasília**, v. 61, n. 5, p. 643-6, set./out. 2008.

FERNANDES, S. L. S. A. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia**. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007, 325p. Tese de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

GHIORZI, A. da R.. **Entre o dito e o não dito: da percepção à expressão comunicacional**. NFR/UFSC, 2004.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 11, p.613-619, jul. 2012. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13554/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS A. E. I.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção da Saúde: Trajetória histórica de suas concepções. **Texto e contexto**. vol. 15, n. 2. Florianópolis Apr./June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021>. Acesso em: 11 jun.2014.

HECK, R. M.; LOPES, C. V.; CEOLIN, T.; VANINI, M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: abordagem de família e do cuidado. **In: Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

ITAJAÍ. Prefeitura Municipal de Itajaí. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.itajai.sc.gov.br/c/a-cidade#.VS3cJ_nF8qw>. Acesso em: 20 nov. 2014.

KLEBA, M. E. Estratégia de Saúde da Família e a Intersetorialidade: revendo espaços e atores da promoção da saúde. **In: Enfermagem e família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

LEININGER, M. *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New: York National League for Nursing Press, 1991.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFESOLI, Michel. **Maffesoli fala na UFSC sobre modernidade e pós-modernidade**. 2014. Disponível em: <<http://noticias.ufsc.br/2014/04/maffesoli-fala-na-ufsc-sobre-modernidade-e-pos-modernidade/>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. **O tempo retorna:** formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

_____. **Quem é Michel Maffesoli.** Rio de Janeiro: DP *at Alii*, 2011.

_____. **Apocalipse:** opinião pública e opinião publicada. Porto Alegre: Sulina, 2010. 78p.

_____. **O conhecimento comum:** introdução à sociologia compreensiva. 1. ed. Porto Alegre: Sulina. 2010. 295 p.

_____. **O tempo das tribos:** o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 2.ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1998.

MARQUES, F. R. B.; BARRETO, M. S.; TESTON E. F.; MARCON, S. S. A Presença das Avós no Cotidiano das Famílias de Recém Nascidos de Risco. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v. 10, n. 3. p. 593-600. 2011. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../17383/pdf>. Acesso em: 19 abril de 2015.

MICHELIN, S. R. **Potências e Limites para a Promoção da Saúde no Quotidiano dos Trabalhadores de um Centro de Saúde.** 2014. 244p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 108p.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em Família:** Uma proposta de assistência de enfermagem para interação familiar saudável. 1991. 269 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

_____. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho.

199 f. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, s.1, p.24-6, 2007.

NÓBREGA, J. F. O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM. 2012. 172p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

PENA, C. M. M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. 1996. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Pelotas, Florianópolis, 1996.

PEREIRA, Álvaro. **O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero**. 1999. 164 f. Tese (Doutor em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. O cotidiano como referência para investigação das intervenções de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 316-325, out. 2005.

POUPART, Jean; et al. **A pesquisa qualitativa**. Enfoque epistemológicos e metodológicos. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2010. 464 p.

RICHARDSON, R et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3d. São Paulo: Atlas, 2007. p. 22.

ROOTMAN, I., O'NEILL, M. (2012). *The Evolution of Health Promotion Practice*. In: I. DUPERE, S et al. **Perspectives on Health Promotion from Different Areas of Practice**: 3th ed. Canada Toronto Canadian Scholar's, Press Inc. p. 266-290, 2012.

SANTOS, J. B.; SANTOS, M. S. C. Família Monoparental Brasileira. **Revista Jurídica**. Brasília. v. 10, n. 92, p. 01-30, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/revistajuridica/Artigos/PDF/JonabioBarbosa_Rev92.pdf>. Acesso em: 14 abril de 2015.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE/SC (Florianópolis.) (Org.). **Santa Catarina em números**: Itajaí. 2013. Disponível em: <https://atendimento.sebrae-sc.com.br/projetos/portal_sebrae-sc/uploads/pdfs-municipios/relatorio-municipal-itajai.pdf>. Acesso em: 14 abril 2015.

SILVA, J. M. O imaginário é uma realidade. **FAMECOS**, Porto Alegre, v. 15, p. 74-82, ago. 2001. Disponível em: <http://200.144.189.42/ojs/index.php/famecos/article/view/285/217>. Acesso em: 17 jan. 2016.

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szyt. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 5, n. 45, p.1250-1255, 1 fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500031&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research**: strategies for a Natural Sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; et al. Instrumentos para a compreensão da família: contribuições para o cuidado de enfermagem à família. In: ELSÉN, Ingrid; Souza, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sonia Silva (org). **Enfermagem à Família**: dimensões e perspectivas. Maringá (PR): Eduem, 2011, 351 p.

SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem a família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil**. 2008. p. 277. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Resolução sobre casamento civil entre pessoas do mesmo sexo é aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça**, 2013. Disponível em: <<http://www2.stf.jus.br/portaStfInternacional/cms/destaquesNewsletter.php?sigla=newsletterPortalInternacionalDestaques&idConteudo=238515>>. Acesso em: 19 abril de 2015.

THOLL, A. D. **Nos bastidores do cotidiano**: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

THOLL, Adriana Dutra. **O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias**: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde. 2015. 250p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WALTER, S. A.; BACH, T. M. **Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola**: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do ATLAS.ti. 2009. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/820.pdf>> Acesso em: 4 de novembro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**: report of the international conference on PHC. Alma-Ata: WHO, 1978.

_____. **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Declaração de Adelaide. 1988. In: **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. Declaração de Sundsvall. 1991. In: **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. Declaração de Jakarta. 1997. In: **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. Declaração do México. 2000. In: **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. **The Bangkok charter for health promotion**. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. **Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study**. Europe: Who Regional Office For Europe, 2006. 196 p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. **The 7th Global Conference on Health Promotion**. Nairobi: WHO, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Programme.pdf?ua=1>>. Acesso em: 12. Jun. 2014.

_____. **The 8th Global Conference on Health Promotion**. Finland: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/background/en/>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. Ed. Roca 5. ed., 2011.

APÊNDICE A

Pesquisa: O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Responsável: Mestranda Juliana Chaves Costa - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Orientadora: Rosane Gonçalves Nitschke - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Entrevistador: _____

Número da entrevista:

Dados sócios demográficos:

Nome/Codinome escolhido	
Sexo:	Idade:
Escolaridade	
Profissão:	
Posição na família:	
Tempo de vínculo com a Unidade de Saúde:	

Questões Norteadoras

1. O que é Promoção da Saúde para você?
2. O que é Promoção da Saúde da família?
3. Como você percebe a Promoção da Saúde no dia a dia da sua família?

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Famílias da Unidade de Saúde do Jardim Esperança

Este é um convite para participar da pesquisa denominada: **“O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, que faz parte da Dissertação de Mestrado da mestranda, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Juliana Chaves Costa, orientada pela Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Esse estudo tem como objetivo compreender o imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano das famílias no contexto da Atenção Primária.

Esta pesquisa possibilitará conhecer o imaginário da Promoção da Saúde desenvolvidos no cotidiano das famílias atendidas na Atenção Primária, buscando melhorar os cuidados promotores de saúde desenvolvidos pela enfermagem e equipe de Saúde da Família, contribuindo para uma melhor assistência e qualidade de vida dos participantes.

Por isso, solicitamos sua colaboração na participação deste trabalho, através de entrevistas em grupo e individuais, contendo questões a respeito do assunto que será abordado. Comunicamos que a sua participação não trará prejuízos e você não será identificado. A pesquisa não trará risco ou danos à integridade física ou situação constrangedora, porém pode trazer à tona sentimentos e emoções relacionadas ao cotidiano da família. Caso isto aconteça, estaremos à

disposição para os cuidados com esta situação, realizando os devidos encaminhamentos. Ressalta-se que não acarretará implicações institucionais aos seus participantes. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir para os cuidados de Promoção da Saúde da família, possibilitando uma melhor qualidade de vida as famílias atendidas no nível primário de saúde, bem como enriquecer o conhecimento em relação ao tema.

Ressaltamos que você poderá receber respostas e qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa, como também tem a liberdade, em qualquer momento, de desistir de sua participação sem qualquer prejuízo. O anonimato e sigilo dos participantes serão garantidos e os dados obtidos estarão sujeitos à análise e divulgação e/ou publicação em atividades científicas. Vale destacar que os dados obtidos serão gravados em gravador de voz, e após análise dos dados serão armazenados em arquivo físico ou digital, sob responsabilidade e guarda da pesquisadora, por um período de 5 anos.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (48) 3721-9480; Mestranda Juliana Chaves Costa: (47) 9167- 6076; Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos: (48) 3721-6094, localizado na Pró Reitoria de Pesquisa da UFSC, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, bairro Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Esta pesquisa está submetida e pautada na resolução 466/2012.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Tendo sido devidamente esclarecido (a), consinto livremente em participar do estudo e concordo com a gravação de meus depoimentos e a divulgação dos resultados.

Nome _____ do _____ participante:

Assinatura: _____ Data: _____

_____/_____/____

Pesquisadora _____ responsável:

Pesquisadora _____ principal:

NOTA: Este consentimento terá 2 vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o próprio participante da pesquisa.

ANEXO A

<p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</p> <p>I. RECURSOS HUMANOS: Juliana Chaves Costa¹; Rosane Gonçalves Nitschke²</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 e 2 - Avaliação do protocolo: 1 e 2 - Coleta de dados: 1 e 2 - Seleção dos estudos: 1 e 2 - Checagem dos dados coletados: 1 e 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1 e 2 - Síntese dos dados: 1 e 2 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2 - Revisão final a partir de sugestões dos orientadores: 1 e 2 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes</p>
<p>IV. RECURSOS MATERIAIS: Disponibilidade de computadores com acesso à internet; 01 arquivo virtual (e-mail) da Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 03 pen-drives; 04 resmas de folha A4; 05 canetas marcador texto; recurso financeiro disponível para compra de materiais que não estão livres nas bases de dados; recurso para submissão do manuscrito final de revisão para periódico científico.</p>
<p>V. PERGUNTA: Como está a produção do conhecimento acerca da promoção da saúde familiar desenvolvidas nos estudos da enfermagem nos últimos 10 anos?</p>
<p>VI. OBJETIVO: Conhecer e analisar a produção do conhecimento sobre a promoção da saúde familiar desenvolvida pela enfermagem nos últimos 10 anos.</p>
<p>VII. DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de uma Revisão Integrativa de</p>

Literatura.
VIII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estudos disponíveis no editor científico Birene/BVS que contempla as bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE que contenham os descritores DECS e MeSH listados neste protocolo e publicados em periódicos na forma completa (<i>full text</i>) nos anos de 2004 até 2014.
IX. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumo de Anais; Ensaio; Notas prévias; Publicações duplicadas; Teses e Dissertações, Manuais, que não estão dispostos artigos completos na íntegra; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português.
X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada): - Palavras – chave: Promoção da Saúde, Enfermagem Familiar, Atenção Primária à Saúde. - Descritores: Decs e Mesh - Bases Eletrônicas de Dados: LILACS, IBECs, MEDLINE/Pubmed. - Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse a Revisão Integrativa de Literatura. - Período de busca: Estudos publicados entre os anos de 2004 a 2014.
XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados.
XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.
XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, poderão ser avaliados os referenciais teóricos utilizados.

XIV. DIVULGAÇÃO: Pretende-se apresentar a Revisão Integrativa em evento científico e publicá-la em periódico.

ANEXO B

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPSH, e como representante legal da Instituição Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **"O IMAGINÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA "**, da pesquisadora responsável Rosane Gonçalves Nitschke, e cumprírei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPSH.

Janely Jovite Ramapalotti
Itajaí, 14 de maio de 2015.

Avulsi J. Ramapalotti
Assessoria
COPEN 163656